

# Aviso de Sinistro

☐ Reclamante ☐ Associado ☐ Colisão ☐ Roubo/Furto ☐ Incêndio ☐ \_\_\_\_\_

Nome do Associado : \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ Nº Sinistro : \_\_\_\_\_

## Dados Pessoais

|          |        |       |                 |  |
|----------|--------|-------|-----------------|--|
| Nome     |        |       | Data Nascimento |  |
| CPF      | RG     | CNH   |                 |  |
| Endereço |        | Nº    | Complemento     |  |
| Bairro   | Cidade | UF    | Cep             |  |
| Tel      | Cel    | Email |                 |  |

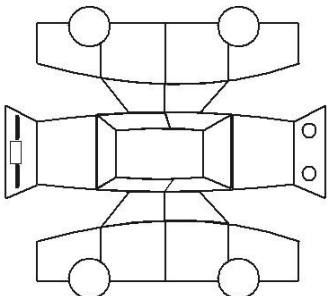
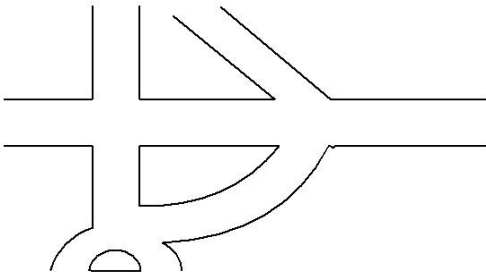
## Dados do Veículo

|       |       |        |             |     |
|-------|-------|--------|-------------|-----|
| Placa | Marca | Modelo | Ano Fab/Mod | Cor |
|-------|-------|--------|-------------|-----|

## Dados do Evento

|                                                                                              |           |                 |                                                                                                |                  |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Nome Condutor                                                                                |           | CPF             | Nº Registro CNH                                                                                | Categoria        | Validade CNH |
| Relação com Associado                                                                        | Data Fato | Hora Fato       | Local Sinalizado<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  | Tipo Sinalização |              |
| Local do fato:                                                                               |           |                 |                                                                                                |                  | Nº           |
| Bairro                                                                                       | Cidade    | Refêrendia      | Houve Boletim Ocorrência<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº _____ |                  |              |
| Descrição detalhada dos fatos e avarias: _____<br>_____<br>_____<br>_____                    |           |                 |                                                                                                |                  |              |
| Veículo foi rebocado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não              |           | Empresa         | Nº Nota Fiscal                                                                                 | Tel              |              |
| Veículo se encontra na Oficina?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |           | Nome da Oficina |                                                                                                |                  | Tel          |

## Croqui (Desenho) do Acidente - Obrigatório

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinale os danos no veículo com X                                                  | Indique as posições dos veículos                                                     |
|  |  |

## Dados do Terceiros

|                                                                                                           |              |                                                                                                                |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Nome Envolvido 1                                                                                          | Marca/Modelo | Placa                                                                                                          | Tel | Cel |
| Nome Envolvido 2                                                                                          | Marca/Modelo | Placa                                                                                                          | Tel | Cel |
| Você se considera responsável pelo acidente?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |              | Autoriza o atendimento a terceiros?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Porquê? _____ |     |     |

## Declaração:

Declaro-me responsável pelas informações contidas nesse aviso e autorizo que a AMPLA proceda a averiguação dos fatos caso necessário, **sub-rogando-a** em todos os direitos provenientes deste evento, podendo esta interpor cobrança judicial ou extrajudicial contra o causador do acidente, **Declaro** ainda que em caso de Perda Total, a AMPLA tem total direitos sobre o veículo, sendo de sua inteira responsabilidade, podendo tomar quaisquer medidas que achar necessário sobre o mesmo.

Local: \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura