

		AVISO DE ACIDENTE ASSOCIADO		Regional: _____	
RUA DESEMBARGADOR AMILCAR DE CASTRO, 270 - ESTORIL - BH - MG - CEP: 30.494-390					
<input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Outros: _____					
DADOS PESSOAIS					
Nome:			Data Nasc:		
CPF:		RG:	CNH:	Validade:	
Endereço:				Nº:	Complemento:
Bairro:		Cep:	Cidade:		Estado:
Telefone:		Celular:	E-mail:		
DADOS DO VEÍCULO					
Categoria: <input type="checkbox"/> Passeio <input type="checkbox"/> Táxi <input type="checkbox"/> Aluguel			Alienado/Financiado: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não:		
Placa:	Marca/Modelo:		Nº Portas:	Ano / Modelo	
Nº DUT (Renavan):		Chassi:		Ano Exercício:	
Veiculo utilizado como UBER? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
DADOS DO CONDUTOR					
Nome Condutor			Data Nasc:		
Relação com Associado					
CPF:		RG:	CNH:	Validade:	
Endereço:				Nº:	Complemento:
Bairro:		Cep:	Cidade:		Estado:
Telefone:		Celular:	E-mail:		
DADOS DO ACIDENTE					
Rua:		Nº Referência		Cidade / UF	
Cruzamento com Rua:					
Data do Fato	Hora do Fato	Numero B.O.	Data B.O.	Hora B.O.	Houve Vítima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Descrição do acidente ou roubo/furto:					
Descrição avarias:					
Local do acidente é sinalizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual sinalização?	Possui fotos do acidente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, enviar juntos com os documentos)		
Outros veículos envolvidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Houve reboque? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Reboque: <input type="checkbox"/> Assistência AGV <input type="checkbox"/> Particular (se foi particular anexar Nota Fiscal)		Telefone Reboque
Nome da Oficina onde encontra-se o veículo?			Endereço		
Cep	Bairro		Cidade		Telefone
Tipo oficina: <input type="checkbox"/> Credenciada <input type="checkbox"/> de indicação Obs: Se direcionar o veículo para oficina de indicação e não houver acordo de orçamento, todo o custo da remoção será do associado					
DADOS DO TERCEIRO					
Veículo Envolvido 1		Placa:	Tem Seguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual Seguradora?	
Veículo Envolvido 2		Placa:	Tem Seguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual Seguradora?	
Veículo Envolvido 3		Placa:	Tem Seguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual Seguradora?	
Outros			Orçamento:		
Você é responsável pelo acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Autoriza o atendimento ao terceiro? <input type="checkbox"/> Sim Porque? <input type="checkbox"/> Não Porque?			
IMPORTANTE					
1 Este aviso de Evento deve ser obrigatoriamente assinado pelo Associado. 2 A Associação não se responsabilizará por quaisquer consertos efetuados sem prévia vistoria e autorização. 3 O recebimento deste formulário não implica em reconhecimento da Associação em indenizar o Evento. Tal responsabilidade será apurada e posteriormente comunicada ao Associado. 4 O prazo para liberação dos reparos em oficina credenciada da UNIVERSO AGV é de 10 dias a contar do recebimento completo dos documentos solicitados pela Matriz. 5 Caso o associado queira indicar uma oficina que não seja uma credenciada da UNIVERSO AGV, o prazo de autorização de reparos dependerá da negociação e acordo com a mesma.					
O abaixo assinado declara que todas as informações são completas e exatas, assumindo total responsabilidade pela sua veracidade.					
_____ LOCAL E DATA			_____ ASSINATURA DO ASSOCIADO (*)		
(*) EM CASO DE PESSOA JURÍDICA, CARIMBAR O FORMULÁRIO					