

ATENDIMENTO PARA ASSOCIADO CONECTA 360

TIPO DE SINISTRO:

COLISÃO [] | DANOS DA NATUREZA [] | FURTO/ROUBO [] | VIDROS [] | FURTO LOCALIZADO []

DADOS DO ASSOCIADO

NOME/RAZÃO:

TELEFONE: ()

CELULAR: ()

OUTRO: ()

CPF/CNPJ:

RG/IE:

CNH:

VALIDADE: / / EMAIL:

DADOS DO CONDUTOR - [] O MESMO DO ASSOCIADO

NOME/RAZÃO:

TELEFONE: ()

CELULAR: ()

OUTRO: ()

CPF/CNPJ:

RG/IE:

CNH:

VALIDADE: / / EMAIL:

DADOS DO VEÍCULO

MARCA:

CHASSI:

ANO/MOD:

PLACA:

MODELO:

DADOS DO ACIDENTE

DATA DO FATO: / /

HORA DO FATO:

LOCAL DO ACIDENTE

RUA/AV/PÇA/BR:

Nº/KM:

SENTIDO:

BAIRRO:

CIDADE/UF:

CEP:

NARRATIVA DO ACIDENTE

OBRIGATÓRIO RELATO DO FATO

CULPADO DO ACIDENTE É: [] ASSOCIADO [] TERCEIRO | PLACA:

AVARIAS NO VEÍCULO**OFICINA - CAMPO PARA PREENCHIMENTO DA ASSOCIAÇÃO**

NOME:

CNPJ:

EMAIL:

TELEFONE: ()

ENDEREÇO:

Nº:

BAIRRO:

Declaro serem expressões verdadeiras prestadas acima. Assumo inteira responsabilidade de acordo com ART. 299 do Código Penal.

_____, de _____ de _____.

ASSINATURA DO ASSOCIADO

