



MUNICÍPIO DE OURÉM

Praça D. Maria II, nº 1 • 2490-499 OURÉM
Telef. + 351 249 540 900 • FAX: +351 249 540 908 • NIPC: 501 280 740
Email: geral@mail.cm-ourem.pt • Site: www.cm-ourem.pt

ATENDIMENTO GERAL

Modelo: 20053.12-04/2015

PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO POR DANOS CAUSADOS

GESTÃO DOCUMENTAL

| | |
|-----------|--|
| REGIS. Nº | |
| PROC. Nº | |
| DATA | |
| FUNC. | |

01 INFORMAÇÃO DO REQUERENTE

| | | | | | | |
|----|---------------|-------------------------------------------------------------------|------------|--------|-----------|----------|
| 1 | Nome/Firma | | | | | |
| 2 | NIF/NIPC | | | | | |
| 3 | Endereço/Sede | | | | | |
| 4 | Número | 5 | Lote/Andar | 6 | C. Postal | |
| 7 | Distrito | 8 | Município | 9 | Freguesia | |
| 10 | Doc. Identi. | <input type="checkbox"/> - B.I. <input type="checkbox"/> - C.C. | 11 | Número | 12 | Validade |
| 13 | Telefone | 14 | Telemóvel | 15 | FAX | |
| 16 | Email | | | | | |

02 IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO (PREENCHA O QUE LHE INTERESSA, ASSINALANDO COM UM X A QUADRICULA RESPECTIVA)

TIPO DE SOLICITAÇÃO

| | | |
|---|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Tipo solicitação | <input type="checkbox"/> - PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO CIVIL EXTRA CONTRATUAL |
| | | <input type="checkbox"/> - PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO CIVIL EXTRA CONTRATUAL, DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMÓVEL |

NA QUALIDADE DE:

| | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 2 | <input type="checkbox"/> - Múncipe <input type="checkbox"/> - Proprietário <input type="checkbox"/> - Usufrutuário <input type="checkbox"/> - Locatário <input type="checkbox"/> - Outro | Se 'outro', indicar qual: |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

TEM REQUERER A V. EXA.ª: Se digne a proceder à indemnização civil extracontratual, decorrente de acidente.

03 INFORMAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL)

| | | | | | | |
|----|---------------|-------------------------------------------------------------------|------------|--------|-----------|----------|
| 1 | Nome/Firma | | | | | |
| 2 | NIF/NIPC | | | | | |
| 3 | Endereço/Sede | | | | | |
| 4 | Número | 5 | Lote/Andar | 6 | C. Postal | |
| 7 | Distrito | 8 | Município | 9 | Freguesia | |
| 10 | Doc. Identi. | <input type="checkbox"/> - B.I. <input type="checkbox"/> - C.C. | 11 | Número | 12 | Validade |
| 13 | Telefone | 14 | Telemóvel | 15 | FAX | |
| 16 | Email | | | | | |

04 DESCRIÇÃO DO ACIDENTE, SEGUNDO O REQUERENTE

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| 05 DADOS DO ACIDENTE (PREENCHER APENAS CAMPOS APLICÁVEIS) | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| 1 | Data | | 2 | Hora | |
| 3 | Local /rua | | | | |
| 4 | Sítio / lugar | | 5 | Freguesia | |
| 6 | Sentido marcha veículo | | | | |
| 7 | Velocidade veículo | | | | |
| 06 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL (PREENCHER APENAS CAMPOS APLICÁVEIS) | | | | | |
| 1 | Iluminação | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | Se "sim" indicar quais: | | |
| 2 | Sinalização | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | Se "sim" indicar qual: | | |
| 3 | Estado pavimento | | | | |
| 4 | Condições climáticas | <input type="checkbox"/> - Chuva <input type="checkbox"/> - Sol <input type="checkbox"/> - Outros | Se 'outros', indicar quais: | | |
| 07 DADOS DO CONDUTOR(PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | | | |
| 1 | Carta condução nº | | 2 | Válida até | |
| 3 | Qualidade | <input type="checkbox"/> - Proprietário <input type="checkbox"/> - Utilizador <input type="checkbox"/> -Outro (especificar) | | | |
| 08 DADOS DO VEÍCULO (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | | | |
| 1 | Tipo | | 2 | Marca | |
| 3 | Modelo | | 4 | Matrícula | |
| 4 | Seguro | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | 5 | Apólice | |
| 6 | | | 6 | Seguradora | |
| 09 DANOS NO VEÍCULO (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | | | |
| 1 | Danos visíveis | | Se "sim", identificar os danos: | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | Estimativa / montante danos | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | 4 | Montante | |
| 5 | Autoridade policial no local | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | Se "sim", identificar o auto: | | |
| 6 | Veículo retirado | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | O veículo foi retirado do local do acidente antes da autoridade policial lavrar o auto de ocorrência. | | |
| 10 TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | | | |
| 1 | Testemunhas | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | Se "sim", identificar : | | |
| TESTEMUNHA 1 | | | | | |
| 2 | Nome | | | | |
| 3 | NIF | | 4 | Telefone / Telemóvel | |
| 5 | Endereço | | | | |
| TESTEMUNHA 2 | | | | | |
| 6 | Nome | | | | |
| 7 | NIF | | 8 | Telefone / Telemóvel | |
| 9 | Endereço | | | | |
| TESTEMUNHA 3 | | | | | |
| 10 | Nome | | | | |
| 11 | NIF | | 12 | Telefone / Telemóvel | |
| 13 | Endereço | | | | |

| 11 FERIDOS NO ACIDENTE (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1 | Feridos | <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - Sim | Se "sim", identificar : |
| FERIDO 1 | | | |
| 2 | Nome | | |
| 3 | NIF | 4 | Telefone / Telemóvel |
| 5 | Endereço | | |
| FERIDO 2 | | | |
| 6 | Nome | | |
| 7 | NIF | 8 | Telefone / Telemóvel |
| 9 | Endereço | | |
| FERIDO 3 | | | |
| 10 | Nome | | |
| 11 | NIF | 12 | Telefone / Telemóvel |
| 13 | Endereço | | |
| 12 PEDIDO INDEMNIZAÇÃO (PREENCHER QUANDO APLICÁVEL) | | | |
| 1 | Valor da indemnização | | |
| 13 O REQUERENTE JUNTA OS SEGUINTE DOCUMENTOS | | | |
| <input type="checkbox"/> - Fotografias dos danos no veiculo / fotografias do local / fotografias do acidente | | | |
| <input type="checkbox"/> - Comprovativos da estimativa / comprovativo do montante dos danos | | | |
| <input type="checkbox"/> - Cópia do auto de ocorrência | | | |
| <input type="checkbox"/> - Cópia dos documentos identificativos | | | |
| 14 OBSERVAÇÕES / NOTAS | | | |
| TODAS AS FOTOCÓPIAS OU IMPRESSÕES DE DOCUMENTOS A SEREM EFETUADAS NOS SERVIÇOS SERÃO COBRADAS, CONFORME PREVISTO NA TABELA GERAL DE TAXAS E OUTRAS RECEITAS MUNICIPAIS. | | | |
| 15 O REQUERENTE | | | |
| 1 | Assinatura | 2 | Data |