**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE RESSARCIMENTO**

**1 – DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:**

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Profissão:  |
| Endereço: Nº.: |
| Cidade: Bairro: Estado: CEP.: |
| Telefone: Celular: |
| Endereço de e-mail: |

**2 – DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Profissão: |
| Endereço: Nº.: |
| Cidade: Bairro: Estado: CEP.: |
| Telefone: Celular: |
| Endereço de e-mail: |

**3 - DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO:**

|  |
| --- |
| Veículo: Placa: |
| Marca: Modelo: Cor: |
| Ano fabricação: Ano Modelo: Cidade:  |
| Seguro utilizado (número da apólice e valor franquia): |

**4 - LOCALIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA:**

|  |
| --- |
| Data: / / Hora:  |
| Km.: Sentido da rodovia:  |
| Ponto de referência: Rodovia: |

**5 - BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA**:

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

**6 - DANOS CAUSADOS:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**7 - VALOR REQUERIDO:**

|  |
| --- |
| R$  |

**8 - HOUVE ATENDIMENTO DA CONCESSIONÁRIA NO LOCAL:**

|  |
| --- |
| ( ) SIM ( ) NÃO  |

**9 - EFETUOU CONTATO COM A CENTRAL 0800?**

|  |
| --- |
| ( ) SIM – Número do protocolo: ( ) NÃO  |