

COMUNICANTE**ASSOCIADO****REPRESENTANTE****DADOS PESSOAIS**Nome: E-MAIL: CEL/WHATSAPP: TEL: ENDEREÇO: Nº: BAIRRO: CEP: UF: **DADOS DO VEÍCULO**PLACA: MARCA/MODELO: COR: Nº DE PORTAS: ANO FABRICAÇÃO/MODELO: MANUAL ☐ AUTOMÁTICO ☐**DADOS DO VEÍCULO****PARTE AFETADA**

<input type="checkbox"/> PARABRISA	<input type="checkbox"/> COM SENSOR	<input type="checkbox"/> SEM SENSOR	<input type="checkbox"/> COR
<input type="checkbox"/> LANTERNA	<input type="checkbox"/> LADO MOTORISTA	<input type="checkbox"/> LADO CARONA	<input type="checkbox"/> TRASEIRA
<input type="checkbox"/> RETROVISOR	<input type="checkbox"/> LADO MOTORISTA	<input type="checkbox"/> LADO CARONA	<input type="checkbox"/> MANUAL
<input type="checkbox"/> VIDRO PORTA DIANTEIRA	<input type="checkbox"/> LADO MOTORISTA	<input type="checkbox"/> LADO CARONA	OBS: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VIDRO PORTA TRASEIRA	<input type="checkbox"/> LADO MOTORISTA	<input type="checkbox"/> LADO CARONA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FAROL	<input type="checkbox"/> LADO MOTORISTA	<input type="checkbox"/> LADO CORONA	<input type="checkbox"/> CROMADO
			<input type="checkbox"/> MÁSCARA NEGRA

OUTROS: **CROQUI (DESENHO) DO ACIDENTE - OBRIGATÓRIO****ASSINALE A PARTE AFETADA COM UM "X"**Rubrica:

BREVE DESCRIÇÃO DO OCORRIDO E OBSERVAÇÕES

DATA DO OCORRIDO:

☐ Declaro-me responsável pelas informações contidas neste vídeo aviso e autorizo que a Somatto proceda a averiguação par apuração dos fatos, caso deseje.

RIO DE JANEIRO:

ASSINATURA:

Rubrica: