

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

EXMO. SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA

REQUERENTE		Nome/Designação			
Domicílio/Sede					
Freguesia /União			Cód. Postal		Concelho
NIF		Nº ID Civil		Válido até	
Código da Certidão Comercial Permanente					
Telefone		Telemóvel		Email	
Na qualidade de	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Locatário	<input type="checkbox"/> Outro		

REPRESENTANTE		Nome/Designação			
Na qualidade de	<input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> Sócio-gerente	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Mandatário	<input type="checkbox"/> Outro
Domicílio/Sede					
Freguesia /União			Cód. Postal		Concelho
NIF		Nº ID Civil		Válido até	
Código da Certidão Comercial Permanente					
Telefone		Telemóvel		Email	

PEDIDO					
Vem requerer a V. Exa. que se digne indemnizar, no âmbito da responsabilidade civil extracontratual da administração, pelos danos ocorridos no sinistro abaixo identificado:					
<input type="checkbox"/> Sinistro sem viatura	<input type="checkbox"/> Sinistro com viatura	Matrícula:		<input type="checkbox"/> Danos corporais	
Local do sinistro					
Data do sinistro		Hora do sinistro		Valor dos danos	
Participação a autoridade policial?	<input type="checkbox"/> Sim Qual?				<input type="checkbox"/> Não
Participação a companhia de seguros?	<input type="checkbox"/> Sim Qual?	Apólice n.º		<input type="checkbox"/> Não	
Recorreu ao serviço clínico hospitalar?	<input type="checkbox"/> Sim Qual?				<input type="checkbox"/> Não

DESCRIÇÃO DO SINISTRO					

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

TESTEMUNHA(S)

Em caso afirmativo, indique:	
Nome	
Domicílio	
Telefone / Telemóvel	Email
Nome	
Domicílio	
Telefone / Telemóvel	Email
Nome	
Domicílio	
Telefone / Telemóvel	Email

DOCUMENTOS INSTRUTÓRIOS

O seu pedido deve ser instruído com os elementos abaixo indicados. Assinale os documentos que anexa.		
<input type="checkbox"/> Orçamento	<input type="checkbox"/> Fatura/recibo	<input type="checkbox"/> Fotografia(s)
<input type="checkbox"/> Documento único automóvel	<input type="checkbox"/> Apólice de seguro	
<input type="checkbox"/> Participação autoridade policial	<input type="checkbox"/> Declaração hospitalar	
<input type="checkbox"/> Outro Qual?		

MEIO DE NOTIFICAÇÃO

Email	
<input type="checkbox"/> Autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo para o endereço eletrónico indicado.	
<input type="checkbox"/> Não autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo para o endereço eletrónico indicado.	

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Artigos 483º e 493º, do Código Civil.

TOMEI CONHECIMENTO

- O Município da Maia utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, instrução dos seus processos, prestar informação sobre assuntos da autarquia e para fins estatísticos. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município da Maia, consulte o nosso site ou envie um e-mail para responsavel.dados@cm-maia.pt.
- De acordo com o entendimento da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos os documentos apresentados no âmbito do presente processo são documentos administrativos, pelo que o Município estará obrigado a garantir o seu acesso integral a todos aqueles que o solicitem.
- As respostas aos dados integrantes no presente requerimento são de preenchimento obrigatório sob pena de indeferimento do pedido.
- Os dados disponibilizados podem ser acedidos e alterados pelo requerente.
- Declaro, sob compromisso de honra e estando consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.
- A falta de documentação necessária é motivo de não prosseguimento do pedido apresentado.

ASSINATURA

DATA