



TERMO DE ABERTURA DE EVENTO

Tipo: () Colisão () Incêndio () Roubo/Furto () Alagamento () Outros

Associado: _____ Matrícula: _____

CPF do Associado: _____ Tel.: (____) _____

E-mail: _____

Veículo: _____ Placa: _____

Proprietário do Veículo: _____

Vínculo com o associado: _____

Condutor na ocasião: _____

CPF: _____ Tel.: (____) _____ Cel. (____) _____

E-mail: _____

Endereço: Rua/Av: _____ - _____ nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____

CNH nº _____ Validade: ____/____/____ Categoria: _____

Data do Fato: ____/____/____ Hora aproximada: ____:____

Local do Fato (endereço completo):

Rua/Av: _____

Nº/KM: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Foi realizado B.O.? Sim () Nº: _____ Não ()

Condutor considera-se culpado pelo evento? Sim () Não ()

Descrição detalhada do evento:
