

DATA: 04 / 02 / 2021 HORA/ACIONAMENTO: _____ : _____ HORA/LOCAL: _____ : _____

MOTORISTA: Shunet VIATURA: 25 KM SAÍDA: 137382 KM CHEGADA: _____

MOTORISTA: _____ VIATURA: _____ KM SAÍDA: _____ KM CHEGADA: _____

EMPRESA: Porto Sec SOLICITADO POR: Wibe

CÓDIGO DE ATENDIMENTO (SINISTRO): 2116124 VALOR R\$: _____

DADOS DO CLIENTE

NOME: _____ TEL.: _____

VEÍCULO: Nova Ka ANO: _____ COR: Preto PLACA: HGPO85

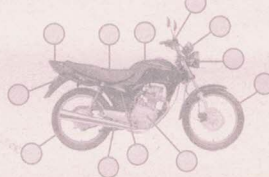
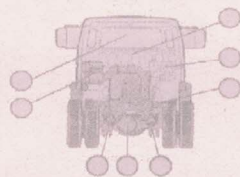
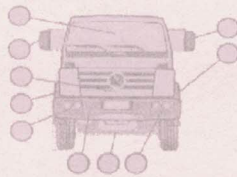
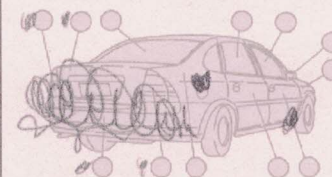
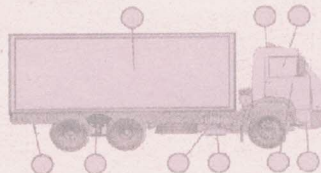
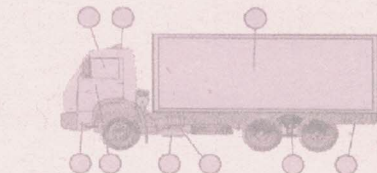
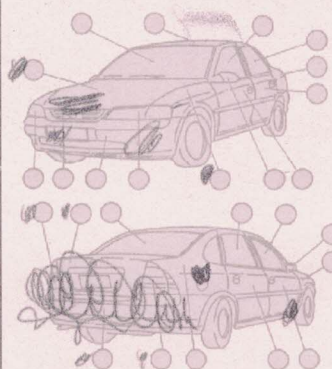
LOCAL SOLICITADO: Av. Carlos Lindemberg 264, Jaburuna, Vila Velha - ES Of. Jair Sorie

LOCAL DE DESTINO: Rod do Sol, ES 060, km 29, Ponta da Fruta, Guarapari - ES Patio de PT.

SERVIÇO PRESTADO: OUTROS REMOÇÃO TÁXI

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINALE AS AVARIAS OU DANOS ONDE O VEÍCULO FOI ATINGIDO



COMBUSTÍVEL



PNEUS



MARCA: _____

ACESSÓRIOS / EQUIPAMENTOS EXISTENTES

<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Retrovisor	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Pneus	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Tapetes	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Protetor Câter
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Borrachão Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Rádio	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Extintor	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Inter Clima
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Faróis Auxiliares	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Rádio Toca-Fitas	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Estepe	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Tacógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Calotas	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I CD	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Macaco	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Rodoar
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Rodas de Liga Leve	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Bancos Dianteiros	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Triângulo	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Localizador/GPS
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Rodas Comuns	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Bancos Traseiros	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Chave de Rodas	
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Chaves	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Amplificador	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Documentos	
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Break-Light	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Alto Falantes	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I Alarme	

S = Sim, existente N = Não, não existente I = Incompleto ou avariado

OBS.: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR OBJETOS PESSOAIS DEIXADOS NO INTERIOR DO VEÍCULO.

DECLARO ESTAR DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO.

[Signature]
NOME LEGÍVEL DO CLIENTE

[Signature]
NOME LEGÍVEL | OFICINA

Assinatura Data: ___ / ___ / ___

Assinatura Data: 03 02 / 21

CPF: _____ Hs: _____

CPF: 814.380.742-53 Hs: 10 : 10