



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
Núcleo dos Agentes Fiscais de Trânsito – Av. Brasil Leste, 1504 – Tel.: (54) 3311-1195

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data da Ocorrência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ Município: Passo Fundo/RS  
Local: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

<b>VEÍCULO 01</b> <b>PLACAS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <b>Renavam</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	<b>CONDUTOR:</b> _____ Sexo: ( )M ( )F Cat.CNH: _____ Data Nasc.: ___/___/___ Val.CNH: ___/___/___ N° Reg. CNH: _____ Tel.: _____ End.: _____ Mun.: _____ Marca/Mod: _____ Esp/Tipo: _____ Ano Fab/Ano Mod.: ___/___ Cor: _____ Proprietário: _____ End.: _____ Mun.: _____
<b>VEÍCULO 02</b> <b>PLACAS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <b>Renavam</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	<b>CONDUTOR:</b> _____ Sexo: ( )M ( )F Cat.CNH: _____ Data Nasc.: ___/___/___ Val.CNH: ___/___/___ N° Reg. CNH: _____ Tel.: _____ End.: _____ Mun.: _____ Marca/Mod: _____ Esp/Tipo: _____ Ano Fab/Ano mod.: ___/___ Cor: _____ Proprietário: _____ End.: _____ Mun.: _____

**TESTEMUNHAS:**

Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Fone: _____
Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Fone: _____

**VERSÃO V1:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VERSÃO V2:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Danos veículo 1:</b> _____ _____ _____
<b>Danos veículo 2:</b> _____ _____ _____

**Ass. condutor 1:** \_\_\_\_\_ **Ass. Condutor 2:** \_\_\_\_\_

**Nome do Comunicante 1:** \_\_\_\_\_  
Ass. Comunicante 1: \_\_\_\_\_ CPF Comunicante 1: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nome do Comunicante 2:** \_\_\_\_\_  
Ass. Comunicante 2: \_\_\_\_\_ CPF Comunicante 2: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ Mat. n°: \_\_\_\_\_, declaro que as pessoas acima identificadas estiveram neste órgão municipal e realizaram o preenchimento deste termo.  
ASS.: \_\_\_\_\_ Data do Registro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.