

ANÁLISE DE DANOS

ÍTEM DANIFICADO	QUALIFICAÇÃO DOS DANOS					SINISTRO/ANO
LOCAL						
SALA						APOL./RAMO/SUC
COZINHA						
BANHEIRO						
QUARTO 1						
QUARTO 2						

SEGRADO/LOCADOR: _____
 GARANTIDO/LOCATÁRIO: _____
 TESTEMUNHA: _____
 RG: _____
 ENDEREÇO: _____
 TESTEMUNHA: _____
 RG: _____
 ENDEREÇO: _____

