



MARINHA DO BRASIL

DELEGACIA DA CAPITANIA DOS PORTOS EM SÃO SEBASTIÃO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

DADOS DO INFORMANTE:

NOME DO INFORMANTE: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

DADOS DA EMBARCAÇÃO:

NOME DA EMBARCAÇÃO: _____

Nº DE INSCRIÇÃO DA EMBARCAÇÃO: _____

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

TELEFONE DO PROPRIETÁRIO: () _____

LOCAL DO ACIDENTE: _____

LAT/LOG DO LOCAL ONDE OCORREU O SINISTRO: _____ S _____ W

DISTÂNCIA DA CIDADE MAIS PRÓXIMA: _____

LOCAL ONDE SE ENCONTRA A EMBARCAÇÃO: _____

POSSÍVEL TESTEMUNHA:

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____ TEL. () _____

DESCRIÇÃO DO FATO:

ASSINATURA DO INFORMANTE

Enviar para o e-mail: delssebastiao.secom@marinha.mil.br