



TERMO DE DECLARAÇÃO E QUITAÇÃO

Na qualidade de beneficiário (a) do Seguro DPVAT, [_____] , inscrito(a)no CPF/MF sob o nº [_____] , portador (a) da carteira de identidade nº [_____] , domiciliado (a) na cidade de [_____] , onde resido na (o) [_____] , declaro e reconheço que as despesas médicas e suplementares (DAMS) incorridas no Hospital [_____] , em virtude de atendimento prestado por força do acidente de trânsito havido em [____]/[____]/[____] , envolvendo o veículo placa nº [_____] , foram integralmente quitadas por [_____] , proprietário(a) do veículo envolvido no acidente de trânsito e responsável pelo pagamento do prêmio do seguro DPVAT.

Dou, assim, plena, rasa, geral e irrevogável quitação ao proprietário (a) do veículo unicamente no que diz respeito ao pagamento das despesas médicas e suplementares (DAMS) relativas ao tratamento recebido no mencionado hospital, ressalvada a cobrança de outras despesas decorrentes do acidente.

Declaro ter ciência de que, por força de terem sido integralmente liquidadas as despesas médicas e suplementares (DAMS) mencionadas neste documento, o direito ao reembolso dessas despesas, previsto na Lei nº 6.194/74, art 3º, III, foi sub-rogado, nos termos do art. 346, III, do Código Civil, ao proprietário (a) do veículo.

Por fim, autorizo o proprietário do veículo a fornecer os meus dados à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. como o propósito de que seja encaminhada correspondência aos meus cuidados informando o valor exato reembolsado pela Seguradora Líder DPVAT ao proprietário (a) do veículo em virtude das despesas aqui tratadas.

[_____] , [____] de [____] de 20 [____] .
