

## 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 de 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 no que diz respeito ao pagamento das despesas médicas e suplementares (DAMS) relativas ao tratamento recebido no mencionado hospital.

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. com 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 \_\_\_\_\_

local e data

\_\_\_\_\_  
assinatura do declarante