

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 2010
