

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS**

Sinistro ou ASD: \_\_\_\_\_  
Pelo presente instrumento particular de CESSÃO DE DIREITOS, na qualidade de RE'SPONSÁVEL pelo pagamento das Despesas de Reembolso de DAMS – Despesas de Assistência Médica e Suplementares, devidamente relacionadas no Anexo, rubricadas pelas partes, do Seguro Obrigatório DPVAT, em virtude de lesões sofridas em decorrência de acidente AUTOMOBILISTICO ocorrido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no qual foi vítima

\_\_\_\_\_,  
(Nome completo da vítima)

CPF - Estado Civil \_\_\_\_\_, RG No. \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_ residente na \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,

CEP.: \_\_\_\_\_, Tel /DDD: \_\_\_\_\_, na qualidade de CEDENTE  
, cede e transfere o seu crédito (reembolso) existente para :  
(Preencher com os dados do responsável pelo pagamento das Despesas)

(Nome completo de quem está pleiteando o as Despesas )  
CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ Situado na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, No. \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,  
CEP.: \_\_\_\_\_, Tel/DDD: \_\_\_\_\_.  
(Preencher com os dados de quem está pleiteando as Despesas)

Assim sendo, cedo e transfiro em caráter irrevogável, em favor da (a) CESSIONÁRIO (A), acima qualificado, o direito de receber junto à Seguradora \_\_\_\_\_ a quantia correspondente ao valor de R\$ \_\_\_\_\_, do qual dá a mais ampla e geral quitação ,para nada mais reclamar sobre o mesmo em tempo algum.

Local e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Cedente – Reconhecer firma)

Rubricas: Cedente \_\_\_\_\_ e,  
Cessionário \_\_\_\_\_

.....  
(Preencher no caso de beneficiário menor 16 à 18 anos. Tratando-se de Beneficiário maior, não preencher, e destacar) O menor (16 à 18 anos) acima qualificado, neste ato, está sendo assistido por seu representante legal, Sr. (a)

\_\_\_\_\_,  
(Preencher como nome completo do representante) na qualidade de \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, RG. No. \_\_\_\_\_ CPF de No. \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, N.o, \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,  
CEP.: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal. Reconhecer firma)