

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS - HOSPITAL

Sinistro _____ ou _____ ASD: _____
Pelo presente instrumento particular de CESSÃO DE DIREITOS, na qualidade de BENEFICIÁRIO TITULAR do direito 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 AUTOMOBILÍSTICO 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 ao HOSPITAL:
(Preencher com os dados do responsável pelo pagamento das Despesas)

(Nome completo do Hospital)
CNPJ: _____, Situado na

No. _____ Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____,

CEP.: _____, Tel/DDD: _____, entidade que prestou a assistência médica e hospitalar.
(Preencher com os dados do HOSPITAL)

Assim sendo, cedo e transfiro em caráter irrevogável, em favor da entidade CESSIONÁRIO (A), acima qualificada, 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. Declara, ainda o CEDENTE, com o que concorda o Hospital CESSIONÁRIO, que não se responsabiliza pelo crédito no montante acima, já que depende o seu pagamento dos procedimentos que regulam a liquidação de sinistros DPVAT.

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)