

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
DE MULTAS DE TRÂNSITO/SEGURO OBRIGATÓRIO/2ª VIA DO DUT E/OU I.P.V.A.**

Pela presente e na melhor forma de direito, declaro(amos) que assumo(imos) integral responsabilidade pelas multas de trânsito, débitos de I.P.V.A e Seguro Obrigatório, que lhe forem, ou venham a ser lançados pelas repartições, referente ao veículo:

PLACA ..... MARCA ..... TIPO .....

ANO ..... COR ..... CHASSIS .....

Nessa conformidade, autorizo(amos) a PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS, C.N.P.J. 61.198.164/0001-60, localizada à Avenida Rio Branco nº 1489, São Paulo/Capital, a efetivar de imediato, sem necessidade de prévia defesa, quaisquer pagamentos por eventuais penalidades de trânsito aplicadas ao supra identificado até a data do sinistro, ainda na hipótese de virem a ser apuradas após a expedição da Certidão Negativa de Multas anteriormente obtida junto ao DETRAN, os débitos do seguro obrigatório, bem como a débitos apurados junto a SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO, ressalto(amos) apenas o meu (nosso) direito de requerer(mos), administrativa ou judicialmente, contra a(s) referida(s) repartição(ões), de multa(s) paga(s), de recolhimento I.P.V.A ou de Seguro Obrigatório, e por mim (nós) reembolsada, e ainda pela requisição da 2ª via do DUT, na hipótese do sinistro tratar-se de furto e/ou roubo localizado.

Autorizo(amos), ainda, a PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS, a sacar contra mim(nós) uma letra de câmbio à vista do valor correspondente às multas, ao recolhimento de I.P.V.A. e ao pagamento do Seguro Obrigatório, porventura pagas em meu(nosso) nome, cambial essa como título de crédito que poderá ser protestada pela sacadora no momento em que deixar de ressarcir pela integralidade dos recolhimentos de que se trata, quando a apresentação dos respectivos comprovantes, independente de qualquer notificação judicial.

**OBSERVAÇÕES:**

- Os dados e assinatura devem ser do segurado ou do proprietário legal do veículo;
- É obrigatório o reconhecimento de firma.
- Não aceitaremos papel de fax.

NOME: .....

ENDEREÇO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

ESTADO ..... CEP ..... TELEFONE .....

CPF OU CNPJ. .... RG: .....

LOCAL E DATA

HORA

ASSINATURA