

ESTE CAMPO NÃO DEVE SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE

PROCESSO Nº: \_\_\_\_\_

O preenchimento dos dados para a restituição é de inteira responsabilidade do requerente. Após completar corretamente este requerimento, **anexar cópia da identidade, do CPF, do CRLV e do(s) comprovante(s) de pagamento**. Se representante legal da pessoa jurídica, anexar cópia da identidade, CPF e do cartão do CNPJ.

A apresentação dessa documentação é indispensável para que a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. se ressarça junto ao FNS (Fundo Nacional de Saúde) e ao DENATRAN das parcelas de 45% e 5%, respectivamente, do valor total a ser restituído.

**DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

NOME / RAZÃO SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº

ÓRGÃO EMISSOR

CPF / CNPJ

ENDEREÇO: AVENIDA, ESTRADA, RUA, TRAVESSA

NÚMERO

COMPLEMENTO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

( )

**DADOS DO VEÍCULO**

UF

PLACA

RENAVAM

**DADOS BANCÁRIOS, DE TITULARIDADE DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, PARA CRÉDITO DO VALOR A SER RESTITUÍDO**

CRÉDITO EM  
CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO

Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR)

Nº. CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM  
CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL, CAIXA  
ECONÔMICA FEDERAL, BRADESCO OU ITAÚ

BANCO

Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR)

Nº. CONTA-POUPANÇA

Pela presente, requer a restituição do prêmio pago do Seguro DPVAT no valor de R\$ \_\_\_\_\_, por motivo de:

Duplicidade ESTE CAMPO NÃO DEVE SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE: 1º PAGTO. BANCO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2º PAGTO. BANCO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pagamento a maior (restituição parcial de valor pago)

Outros. Especificar \_\_\_\_\_

Explicar detalhadamente o motivo gerador do pagamento indevido (**preenchimento obrigatório**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nesses termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura conforme o documento de identidade

ENVIAR PARA O SEGUINTE ENDEREÇO: **CAIXA POSTAL 580 – CEP 20010-974 – CENTRO – RJ**  
ATENDIMENTO ARRECADAÇÃO DPVAT **0800 701 3427** DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DE 7H ÀS 19H E SÁBADO DE 8H ÀS 14H