

ESTE CAMPO NÃO DEVE SER PREENCHIDO PELO AGENTE ARRECADADOR

PROCESSO Nº: \_\_\_\_\_

O preenchimento dos dados para a restituição é de inteira responsabilidade do agente arrecadador. Após completar corretamente este requerimento, **anexar cópia do(s) comprovante(s) de pagamento.**

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.

**AGENTE ARRECADADOR**

BANCO

ENDEREÇO: AVENIDA, ESTRADA, RUA, TRAVESSA

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

FUNCIONÁRIO REQUERENTE

DEPARTAMENTO

TELEFONE

e-MAIL

( )

**DADOS DO VEÍCULO**

UF

PLACA

RENAVAM

**DADOS BANCÁRIOS, PARA CRÉDITO DO VALOR A SER RESTITUÍDO**

CRÉDITO EM  
CONTA-CORRENTE

BANCO

Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR)

Nº. CONTA-CORRENTE

CNPJ

**IMPORTANTE**

OS DADOS BANCÁRIOS ACIMA DEVEM SER OS DA PESSOA JURÍDICA DO AGENTE ARRECADADOR, NUNCA DO FUNCIONÁRIO REQUERENTE.

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 AGENTE ARRECADADOR: 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 do requerente

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