

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
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL ( )	TELEFONE CELULAR ( )	e-MAIL	

**DADOS DO VEÍCULO**

UF	PLACA	RENAVAM
----	-------	---------

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

<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM <b>CONTA-CORRENTE</b> (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)	BANCO	Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR)	Nº. CONTA-CORRENTE
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM <b>CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, BRADESCO OU ITAÚ</b>	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**  
Call Center **0800 701 3427** de segunda a sexta-feira de 7h às 19h e sábado de 8h às 14h