

DADOS DO PROPRIETÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	CPF / CNPJ	
ENDEREÇO RESIDENCIAL AVENIDA, ESTRADA, RUA, TRAVESSA		NÚMERO	COMPLEMENTO
CIDADE	ESTADO	CEP	TELEFONE ()
ENDEREÇO PROFISSIONAL AVENIDA, ESTRADA, RUA, TRAVESSA		NÚMERO	COMPLEMENTO
CIDADE	ESTADO	CEP	TELEFONE ()

DADOS BANCÁRIOS PARA CRÉDITO DO VALOR A SER RESTITUÍDO (Obs: de titularidade do proprietário acima)

BANCO NOME		Nº. DO BANCO	
AGÊNCIA NOME	CÓDIGO	CONTA-CORRENTE NÚMERO	DV

Pela presente, requer a restituição do valor do Seguro DPVAT de R\$ _____, por motivo de:

- Pagamento em duplicidade
 Pagamento a maior (restituição parcial de valor pago)
 Outros. Especificar _____

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

IMPORTANTE

- 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 – Consórcios DPVAT 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.

Nesses termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do requerente conforme o documento de identidade

ENVIAR PARA O SEGUINTE ENDEREÇO: **CAIXA POSTAL 580 – CEP 20010-974 – CENTRO – RJ**