

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 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR)	Nº. CONTA-CORRENTE	CNPJ
------------------------------	-------	---	--------------------	------

IMPORTANTE

OS DADOS BANCÁRIOS ACIMA DEVEM SER OS DA PESSOA JURIDICA 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