

**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 Fenaseg – Convênio 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**