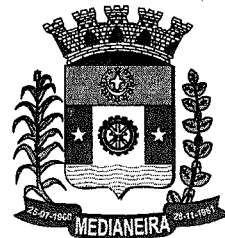


MedTran

Diretoria de Trânsito
de Medianeira

REQUERIMENTO



AUTO DE INFRAÇÃO

PLACA

____ - ____

PROPRIETÁRIO

CONDUTOR

DATA

PROTOCOLO Nº _____

MOTIVO

DEFESA

CETRAN

CÓPIA DE PROCESSO

RESTITUIÇÃO MULTA

JARI

ADMINISTRATIVO

CÓPIA A.R. / A.I.

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME

CPF/CGC

RG

UF

CNH - REGISTRO

UF

TELEFONE

-

TELEFONE

ENDEREÇO (Rua, Av., Pça)

NÚMERO

COMPLEMENTO (Apto, Bloco)

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

_____ - _____

E-MAIL

JUSTIFICATIVA:

LOCAL: _____

DATA: ____ / ____ / ____

O preenchimento incorreto, falta de informações/dados é de total responsabilidade do requerente e poderá prejudicar a correta avaliação do recurso.

Declaro que as informações acima são verdadeiras assumindo toda responsabilidade civil e criminal pelas mesmas.

ASSINATURA _____