ESTADO DO ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO – DETRAN/AC
Divisão de Supensão e Cassação

REQUERIMENTO À DIVISÃO DE SUSPENSÃO E CASSAÇÃO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO – DETRAN/AC

Nome:			
CPF:	**RG:**	**Órgão expedidor:**	
Endereço:			
Bairro:	**Cidade:**		**UF:**
CEP:	**Tel: ( )**	**E-mail:**	

VENHO REQUERER

Complemento em folha anexa: ( ) sim ( ) não

Rio Branco-AC, _____/_____/_____.

_____
Assinatura do Interessado ou Representante

Documentos Necessários
• Documentos que comprovem as alegações a ser analisada. • PROCURAÇÃO, quando for o caso (Pública ou Particular com poderes específicos e firma reconhecida em cartório, conforme Portaria nº. 2001/16 – DETRAN/AC). • **Obs: O usuário deverá portar os documentos originais para confronto com as cópias apresentadas.**

DESPACHO