



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO – CETRAN
SECRETARIA DE APOIO AO CONSELHO

AO SENHOR(A) PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO - CETRAN/AC

| | |
|--------------------|-------------------|
| SOLICITANTE: | |
| CPF: | TELEFONE: |
| Nº DO PROCESSO: | AUTO DE INFRAÇÃO: |
| DATA DE PROTOCOLO: | |

Vem, através deste, solicitar a Vossa Senhoria a concessão de **Efeito Suspensivo do auto de infração**, tendo em vista que o Processo em epígrafe, encontra-se em Grau de Recurso, ou seja, até a presente data, transcorrido 30 (trinta) dias da data da interposição, não houve julgamento por este Conselho Estadual de Trânsito – CETRAN/AC, com a finalidade de regularizar a situação abaixo indicada:

| FINALIDADE DO PEDIDO | |
|---|---|
| HABILITAÇÃO | VEÍCULOS |
| <input type="checkbox"/> Renovação de Exames | <input type="checkbox"/> Licenciamento Anual |
| <input type="checkbox"/> Segunda Via | <input type="checkbox"/> Segunda Via de CRV |
| <input type="checkbox"/> Mudança de Categoria ou Adição | <input type="checkbox"/> Transferência de Propriedade |
| <input type="checkbox"/> Processo de Suspensão/Cassação | <input type="checkbox"/> Liberação do Pátio |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Rio Branco – Acre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) solicitante

Documentação necessária:
• Cópia da CNH ou RG