



REQUERIMENTO DE EFEITO SUSPENSIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE DEFESA SOCIAL E TRÂNSITO – SEMDEST

Ilm. Sr. Secretário

(nome do (a) requerente)

CPF/CNPJ nº: _____ Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____

UF _____ CEP _____ Telefone _____.

Número do processo _____ Protocolado em: ____/____/____

Notificação nº _____ Referente ao auto de infração _____

Data da multa ____/____/____ Placa do veículo _____ RENAVAL _____.

Venho através do presente requerer a concessão do efeito suspensivo, nos termos do art. 285, § 3º do CTB, tendo em vista que o prazo legal para o julgamento do recurso expirou.

(assinatura do (a) requerente)

Vila Velha/ES _____ de _____ de _____

Pessoa Física - anexar cópia da CNH ou da carteira de identidade. Quando o requerente não for o proprietário do veículo, anexar procuração ou autorização.

Pessoa Jurídica – anexar cópia do contrato social da empresa. Quando o requerente não for sócio da empresa, cópia da CNH ou da carteira de identidade, além da procuração do sócio proprietário da empresa.