

**RESTITUIÇÃO DE PAGAMENTO DE AUTO DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO****Ao: Diretor Geral do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado do Espírito Santo – DER-ES**O requerente recolheu em favor do DER-ES a importância de .....e  
requer restituição do valor pago pelo motivo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deferimento de recurso     | <input type="checkbox"/> Cancelamento de Auto de Infração |
| <input type="checkbox"/> Pagamento a maior          | <input type="checkbox"/> Pagamento em duplicidade         |
| <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) ..... |   |

**DADOS DO REQUERENTE**

(Preencher com letra de forma legível.

O Requerente se responsabiliza pelas informações colocadas incorretamente)

Nome: .....

Endereço: ..... Nº: .....

Bairro: ..... Município: ..... UF: .....

CEP: ..... Telefone: .....

RG: ..... CNPJ/CPF: .....

E-mail: .....

**DADOS DO AUTO DE INFRAÇÃO**

Nº do Auto de Infração: ..... Data da Infração: .....

Placa do veículo (se cabível): ..... RENAVAL: .....

**DADOS DA CONTA BANCÁRIA**

(Informar a conta bancária para o CPF indicado. Caso o requerente não tenha conta, informar CPF e conta bancária de outra pessoa)

Nome do Banco: .....

Código do Banco: ..... Código da Agência: .....

Nº da Conta: .....

**DOCUMENTOS ANEXADOS (CÓPIAS LEGÍVEIS)**

- Comprovante (s) de pagamento da multa;
- Comprovante de endereço;
- Carteira de identidade ou **da carteira de habilitação** do requerente
- Contrato social, caso o requerente seja pessoa jurídica;
- Procuração, quando o requerente não for o proprietário do veículo.

Local: ..... Data: ..... / ..... / .....

Assinatura do interessado ou representante legal: .....