

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 dee
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: