



Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito de Alagoinhas

“Não fomentamos a indústria da multa, combatemos a indústria da morte”.
Carlos Magno da Silva Oliveira



REQUERIMENTO

() EFEITO SUSPENSIVO

Sr. Superintendente da SMTT – Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito

Nome:			Profissão:		
Endereço:		Nº	Aptº	Bairro:	
Município:	CEP:	TEL:	RG:	CPF:	CNH/Nº

() Condutor

() Proprietário do Veículo

Placa:	Marca/Modelo:	Município:	UF:
--------	---------------	------------	-----

Nº AUTO INFRAÇÃO: _____

DATA DE ENTRADA DO RECURSO: _____

Justificativa: _____

Alagoinhas, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Requerente)

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS: Cópia do protocolo ou da multa.