_____/___

Ilmo.
Sr. Diretor do Serviço Municipal de Trânsito

DEFESA DE AUTUAÇÃO

_____,
nacionalidade_____, estado civil_____,profissão _____,residente na_____ n.º_____, bairro _____, cidade _____, estado_____ proprietário(a) / condutor(a) do veículo marca_____, modelo _____, placas_____.

HISTÓRICO:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANTE O EXPOSTO, requer se digne o SR. Diretor, determinar o cancelamento do AIT nº _____.

Nestes Termos, Pede Deferimento.

Guaratinguetá, _____de _____de_____.

_____
ASSINATURA

Deverão ser entregues, juntamente com esse requerimento, xerox da CHN do condutor, do CRLV do veículo e da notificação, na Secretaria de Serviços Urbanos, no Serviço Municipal de Trânsito para que sejam protocolados no seguinte endereço:
Av. Juscelino K. de Oliveira, 793 - Campo do Galvão - CEP 12505-300 - Guaratinguetá SP
Telefone: (12)3132-7422 / (12)3132-7429