



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ
SEMDS- SECRETARIA MUNICIPAL DE DEFESA SOCIAL
CMT-COORDENADORIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO



SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

MOTIVO

- () Pagamento em duplicidade
() Erro na emissão do boleto
() Cancelamento de processo
() Recurso de Infração.
() Outros

Justificativa (obrigatório):

DADOS DO REQUERENTE

Nome: _____ CPF: _____
Identidade: _____ Orgão Emissor: _____ UF: _____
Endereço: _____ Nº: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Bairro: _____ UF: _____
Fone: _____ Celular: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Conta: _____ Agência: _____ Banco: _____

Assinatura do Requerente

(Local): _____, _de _____ de _____.

Atenção:

- * Obrigatório preencher a justificativa.
- * Anexar original do(s) boleto(s), cópia do CPF, Identidade e comprovante de residência.
- * Em caso de ressarcimento em conta, o requerente deve ser o titular da mesma.