



ILMO. SR. SUPERINTENDENTE DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO – DETRAN-CE

REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE PAGAMENTO

DADOS DO REQUERENTE

NOME: _____ DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

ESTADO CIVIL: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

CPF / CNPJ: _____ IDENTIDADE: _____

ENDEREÇO DO REQUERENTE/CONTATO

CEP: _____ - RUA/AV.: _____

NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF (ESTADO): _____ TELEFONE(S) _____

E-MAIL: _____

CONTA CORRENTE DO REQUERENTE (QUALQUER BANCO) / POUPANÇA SOMENTE CEF ou BRADESCO

NOME / Nº DO BANCO	OPERAÇÃO (SE CEF)	Nº AGÊNCIA COM DÍGITO	Nº DA CONTA COM DÍGITO

RESTITUIÇÃO REQUERIDA

VALOR (R\$)	VALOR POR EXTENSO _____

TIPO DE PAGAMENTO: () EM DUPLICIDADE DE MULTA / TAXA () SERVIÇOS NÃO UTILIZADOS
() TAXA / MULTA INDEVIDA () APÓS O VENCIMENTO
() DEFERIMENTO COJAI / JARI / NUPTR / CETRAN / JUSTIÇA

JUSTIFICAR MOTIVO: _____

_____, ____ de _____ de _____
(Município) (Dia) (Mês) (Ano) ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

ANEXAR CONFORME O CASO CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- . REGISTRO GERAL / IDENTIDADE E CPF DO REQUERENTE.
- . CRLV DO VEÍCULO.
- . SE NÃO É O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, REQUERIMENTO PREENCHIDO COM OS DADOS DO PROPRIETÁRIO, RG E CPF DO PROPRIETÁRIO E PROCURADOR, PROCURAÇÃO PÚBLICA ESPECÍFICA.
- . SE PESSOA JURÍDICA, CONTRATO SOCIAL, REQUERIMENTO ASSINADO PELO SEU REPRESENTANTE LEGAL E CÓPIAS RG E CPF.
- . EXTRATO BANCÁRIO OU CÓPIA DO CARTÃO OU OUTRO MEIO QUE COMPROVE A TITULARIDADE.

USO EXCLUSIVO DO DETRAN-CE

Após análise dos nossos registros atestamos o valor a ser restituído abaixo:

VALOR (R\$)	VALOR POR EXTENSO _____

Responsável / Informação

Gerente do Núcleo de Arrecadação e Dívida Ativa do DETRAN-CE

Departamento Estadual de Trânsito do Ceará – DETRAN CE

CNPJ 07.135.668/0001-95

Av. Godofredo Maciel, 2900 / Maraponga, Fortaleza/CE – CEP 60710-903

Fone: (85) 3195.2300

Horário de funcionamento na Sede: 08h às 15h (Segunda-Sexta)



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONTA BANCÁRIA

Eu, _____, portador(a)
da Carteira de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob
nº _____, declaro para fins de comprovação, que não
posso conta-corrente em nenhuma agência bancária e/ou conta poupança no Banco do
Bradesco ou na Caixa Econômica Federal.

_____, _____, de _____ de _____
(MUNICÍPIO) (DIA) (MÊS) (ANO)

Assinatura do(a) Declarante