



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO – CETRAN
SECRETARIA DE APOIO AO CONSELHO

AO SENHOR(A) PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO - CETRAN/AC

NOME:	
NOME SOCIAL (se houver):	
CPF:	TELEFONE:
Nº DO PROCESSO:	AUTO DE INFRAÇÃO:
DATA DE PROTOCOLO:	

O requerente, acima qualificado, vem solicitar a concessão de **Efeito Suspensivo da DECISÃO da JARI**, tendo em vista que o Processo em epígrafe encontra-se em Grau de Recurso e aguardando julgamento por este Conselho Estadual de Trânsito, com a finalidade de regularizar a situação abaixo indicada:

FINALIDADE DO PEDIDO	
<u>HABILITAÇÃO</u>	<u>VEÍCULOS</u>
<input type="checkbox"/> Renovação de Exames	<input type="checkbox"/> Licenciamento Anual
<input type="checkbox"/> Segunda Via	<input type="checkbox"/> Segunda Via de CRV
<input type="checkbox"/> Mudança de Categoria ou Adição	<input type="checkbox"/> Transferência de Propriedade
<input type="checkbox"/> Processo de Suspensão/Cassação	<input type="checkbox"/> Liberação do Pátio
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____

O requerente fica ciente que o benefício somente será concedido caso não figure nas hipóteses elencadas no art. 285, §1º do Código de Trânsito Brasileiro.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Rio Branco – Acre, _____ de _____ de _____.

Assinatura conforme RG ou CNH

Documentação necessária:
• Cópia da CNH ou RG