



ESTADO DO ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO – DETRAN/AC
Divisão de Suspensão e Cassação

REQUERIMENTO À DIVISÃO DE SUSPENSÃO E CASSAÇÃO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO – DETRAN/AC

Nome:			
CPF:	RG:	Orgão expedidor:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Tel: ()	E-mail:	

VENHO REQUERER

Complemento em folha anexa: () sim () não

Rio Branco-AC, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Interessado ou Representante

Documentos Necessários	DESPACHO
<ul style="list-style-type: none">· Documentos que comprovem as alegações a ser analisada. · PROCURAÇÃO, quando for o caso (Pública ou Particular com poderes específicos e firma reconhecida em cartório, conforme Portaria nº. 2001/16 – DETRAN/AC). · Obs: O usuário deverá portar os documentos originais para confronto com as cópias apresentadas.	

Av. Ceará, 3059, Jardim Nazle, Rio Branco/Acre.
CEP 69918-084 :: Fone: (068) 3215-4170

