



DETRANS - Departamento de Trânsito de Joinville

GERÊNCIA DE TRÂNSITO

Requerimento

Efeito Suspensivo

**Ilmo. Sr.
Diretor Presidente do DETRANS**

Nome do requerente: _____ Fone: _____

Endereço do requerente: _____

CPF: _____ Placa do veículo: _____

Nº do auto: _____ Protocolo: N.º _____ Data ____/____/____

Em conformidade com o estabelecido no Código de Trânsito Brasileiro, no Artigo 285, § 3º, solicito a concessão de efeito suspensivo, em razão do recurso não ter sido julgado no prazo estabelecido.

Justificativa:

JARI

Visto Coord. _____ De acordo Pres. DETRANS _____

Joinville, ____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente

Horário de atendimento das 08h00 às 14h00

Rua XV de Novembro, 1383 – América – 89201-602 – Joinville/SC
Fone (47) 3431-1500 ou (47) 3431-1512 – www.joinville.sc.gov.br