



Município de São João da Boa Vista
Departamento de Trânsito e Segurança

Restituição de Pagamento

Documentos necessários:

Cópia da Cnh, cópia da Notificação de Penalidade, Comprovante de pagamento (caso realizado por terceiro e a restituição for na conta de quem fez o pagamento)

REQUERENTE

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____,

Endereço, _____,

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____,

Município: _____ UF: _____ CEP: _____,

Telefone: (____) _____, e-mail: _____

AUTO DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO (AIT) nº _____

O requerente acima qualificado solicita a restituição de pagamento por:

Pagamento em Duplicidade

Deferimento de Recurso

Outro(s):

Outro(s): _____

Dados para Restituição:

Banco _____, agência: _____, conta: _____, tipo: _____

Nome: _____ cpf: _____

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do requerente **(igual a da cnh)**