

REQUERIMENTO DE VISTAS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE TRÂNSITO

NÚMERO DO PROCESSO (PCNET): _____
() CONDUTOR () PROCURADOR/ESTAGIÁRIO () OUTROS: _____
NOME DO REQUERENTE _____
NÚMERO DA OAB/ CPF / RG / CNH: _____ (DOCUMENTO VÁLIDO APRESENTADO)
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ TELEFONE: () _____ CELULAR () _____
ESTE PROCESSO CONTÉM _____ PÁGINAS NUMERADAS E RUBRICADAS.
ETILÔMETRO OU ANEXO II ENCONTRA-SE NAS PÁGINAS: _____

Observação: O prazo máximo para devolução do processo é de duas horas a partir do preenchimento deste formulário.

Belo Horizonte, ____/____/____

Horário: ____:____

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSINATURA DO SERVIDOR

REQUERIMENTO DE VISTAS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE TRÂNSITO

APÓS A CONFERÊNCIA DE TODAS AS PÁGINAS DESTE PROCESSO, CERTIFICO QUE:

RECEBI AUTOS SEM ALTERAÇÃO DO CONTEÚDO.

ESTE PROCESSO CONTÉM _____ PÁGINAS NUMERADAS E RUBRICADAS.

ETILÔMETRO OU ANEXO II ENCONTRA-SE NAS PÁGINAS: _____

DEVOLVIDO EM: ____/____/____ HORAS: ____:____

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSINATURA DO SERVIDOR