

**REQUERIMENTO PARA PRESCRIÇÃO DE MULTAS**

Ao  
Diretor Presidente,

NOME: \_\_\_\_\_, SOB CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_, RESIDENTE/DOMICILIAR: \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_, COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_, BAIRRO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, ESTADO: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_  
AUTO (OS): \_\_\_\_\_

**REQUISIÇÃO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXOS:**

( ) CÓPIAS DO RG/CPF ( ) CÓPIA CNH, ( ) CÓPIA DO CRLV E OUTROS \_\_\_\_\_

\*todos os documentos deverão ser autenticados ou conferidos com o original por um funcionário ARSAL.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE