

ANEXO II

SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO DETRAN-RR

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRÁFEGO

Razão Social: _____ CNPJ: _____ Nome de fantasia: _____
Sócios / proprietário / preposto: _____ Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Telefone(s): _____ E-mail: _____

Vem requerer análise e avaliação para credenciamento do(a) médico(a) _____, para atuar no horário(s) compreendido(s) entre _____, conforme documentação anexa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Boa Vista-RR,.....de de

Nome e assinatura do(s) sócio(s) administrador(es) ou proprietário reconhecida em cartório ou por servidor do DETRAN/RR