

ANEXO IV

SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO DETRAN-RR

REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE ENTIDADE MÉDICA

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

Expediente: 08h às 14:00 08h às 12h e 14h às 18h

Vem requerer análise e avaliação para renovação de credenciamento como Entidade Médica, 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