

ANEXO VIII

SENHOR DIRETOR DE SEGURANÇA DO TRÂNSITO DO DETRAN-RR

REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRÁFEGO

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Nome de fantasia: _____

Sócios / proprietário / preposto: _____

Endereço: _____ N° _____

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