

ANEXO VI

SENHOR DIRETOR DE SEGURANÇA DO TRÂNSITO 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