

# ANEXO I

SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO DETRAN-RR

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE ENTIDADE MÉDICA

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome de fantasia: \_\_\_\_\_

Sócios / proprietário / preposto: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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 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