

## JUNTA RECURSAL

 MÉDICA

 PSICOLÓGICA

DATA

\_\_\_\_\_

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME

\_\_\_\_\_

CPF/CGC

\_\_\_\_\_

RG

\_\_\_\_\_

UF

\_\_\_\_\_

CNH - REGISTRO

\_\_\_\_\_

UF

\_\_\_\_\_

TELEFONE

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONE

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (Rua, Av., Pça)

\_\_\_\_\_

NÚMERO

\_\_\_\_\_

COMPLEMENTO (Apto, Bloco)

\_\_\_\_\_

BAIRRO

\_\_\_\_\_

MUNICÍPIO

\_\_\_\_\_

UF

\_\_\_\_\_

CEP

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-MAIL

\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO

\_\_\_\_\_

NÚMERO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO

\_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE

 FUNDAMENTAL  MÉDIO  SUPERIOR  COMPLETO  INCOMPLETO (ATÉ QUE ANO CURSOU) \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Cabe a Coordenadoria de Habilitação a análise do requerimento. O requerimento será considerado intempestivo se tiver sido protocolado na CIRETRAN em prazo superior a 30 (trinta) dias, contados a partir do resultado da avaliação. A data, local e horário da realização da junta serão informados por telefone e ofício, conforme informações constantes neste requerimento.

LOCAL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O preenchimento incorreto, falta de informações é de total responsabilidade do requerente e poderá prejudicar a correta avaliação do recurso. Declaro que as informações acima são verdadeiras assumindo toda a responsabilidade civil e criminal pelas mesmas.

Estou ciente de que minha Carteira Nacional de Habilitação atual poderá ser cancelada a partir do resultado e que para a avaliação psicológica, a Junta Recursal terá acesso ao laudo da clínica credenciada.

ASSINATURA \_\_\_\_\_

