REQUERIMENTO PARA DESCREDENCIAMENTO

( ) CRVA
( ) PAV de CRVA
( ) Posto de Atendimento de CRVA de .....
( ) EMAV de .....

Código n.º:..... CPF Titular do CRVA:.....

Endereço:.....

N.º..... Complemento:..... Bairro: .....

Município:..... CEP: .....

Telefone: (.....).....E-mail:.....

Nome do Titular de CRVA:.....

.....

.....

O(A) Credenciado(a) acima identificado, solicita descredenciamento por motivo de .....

.....

.....

.....

.....

.....

Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN/RS para descredenciamento e estar ciente de que as atividades deste(a) Credenciado(a) somente poderão ser encerradas após autorização da Autarquia.

Data:.....

Assinatura do Titular **(enviar/anexar documento oficial)** Vide: Manual de tipos de assinaturas: