

REQUERIMENTO PARA DESCRENCIAMENTO

- () CRVA
- () PAV de CRVA
- () Posto de Atendimento de CRVA 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 (Reconhecer a firma **por autenticidade**):