

MODELO DE CREDENCIAMENTO DE MÉDICO

À Gerência Médica e Psicológica
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DO AMAZONAS

A Empresa _____, nome de Fantasia:
_____, com sede no endereço
_____ e, inscrita no CNPJ de nº
_____ manifesta interesse em credenciar o (a) Sr
(a): _____ CRM: _____,
desta feita, solicitamos a autorização do vínculo entre o referido profissional com esta
entidade, para a realização dos exames de aptidão Física e Mental dos candidatos à
carteira nacional de habilitação e condutores de veículos automotores, em
cumprimento com as normas internas determinadas pelo DETRAN-AM, Gerência
Médica e Psicológica, Código de Trânsito Brasileiro e Resoluções do CONTRAN.
Correspondente ao período de _____ a _____.

Informações adicionais do Médico:

Email: _____

Telefone: _____ - _____

Documentos (Cópias)

- Certificado de especialista;
- Carteira de Identidade Profissional com o registro da especialidade em trânsito;
- Comprovante de Residência.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal
da Empresa

Assinatura e carimbo do profissional e Nº de
Registro CRM

Manaus, ___ de _____ de _____.

**O vínculo do profissional tem prazo máximo de um ano, podendo esse período ser renovado no ato da renovação de credenciamento da empresa.*

**No caso de credenciamento ou substituição de novos profissionais deverá ser comunicado ao com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento do pedido.*

**Em caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado, poderá ser solicitado à Gerência Médica e Psicológica substituição do profissional em caráter emergencial.*

**Para o descredenciamento de profissional poderá ser solicitado pela clínica ou pelo profissional mediante ofício, assinado por ambos.*