



RECURSO AO CETRAN			CETRAN (92)3643-0019	
REQUERENTE				
Nome:				
Identidade:		Órgão expedidor:	CPF/CNPJ:	
Nacionalidade:			Naturalidade:	
Endereço:				Nº
Complemento:		CEP:	Bairro:	
UF:	Cidade:	Telefone: () - / () -		
E-mail:				
SOLICITAÇÃO				
Motivo:				
Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção prevista no art. 299 do Código Penal.				
Manaus, ____/____/____				
Assinatura do Requerente				

Documentação: CNH; Comprovante de residência atualizado (últimos três meses) – Todos do proprietário outorgante; Laudo médico com a descrição da Classificação Internacional de Doenças – CID.

Obs. todos os documentos deverão ser apresentados original e cópia, sendo conferidos pelo servidor responsável pelo atendimento.

