



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
Coordenadoria de Habilitação
Gerência RENACH

GUIA DE REQUISIÇÕES DE SERVIÇOS

Identificação do usuário

Usuário: _____	
CPF: _____	RG: _____

Serviço solicitado

<input type="checkbox"/> Transferência de Unidade RENACH Unidade Origem: _____ Unidade Destino: _____	<input type="checkbox"/> Transferência de CFC CFC Origem: _____ CFC Destino: _____
<input type="checkbox"/> Desistência de Categoria Categoria Anterior: _____ Categoria Pretendida: _____	<input type="checkbox"/> Cancelamento de Processo <input type="checkbox"/> Cancelar atividade remunerada <input type="checkbox"/> Outras Solicitações _____

NATAL, _____ de _____ de _____.

Declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade sendo totalmente responsável por elas

Declaro estar ciente da responsabilidade prevista no art. 140 inc. II do CTB (Ler e escrever).

Declaro estar ciente das penas previstas no art. 242 do CTB (Domicílio).

Assinatura do usuário