

**REQUERIMENTO PARA CONTESTAÇÃO DO RESULTADO DE JUNTA
MÉDICA/PSICOLÓGICA DESTINADO AO CETRAN- CONSELHO ESTADUAL DE
TRÂNSITO**

1. A contestação do resultado de junta médica/psicológica é um recurso que possibilita nova avaliação composta por três peritos, sendo essa a última instância administrativa;
2. A solicitação deve ser realizada em até **trinta dias após a data do exame de junta médica/psicológica**;
3. O valor do exame é tabelado e deverá ser pago diretamente à clínica/perito;
4. A clínica entrará em contato informando o dia, local, hora e valor do exame. Preencha corretamente os dados abaixo. Se necessário, solicite ajuda aos atendentes.

Eu, _____,

Nome social (opcional) Decreto 5.588/2010 _____,

RG nº _____ CPF nº _____,

Endereço: _____ Nº _____,

Bairro: _____ CEP _____ Cidade _____/SP,

Microrregião (apenas para condutores residentes na Capital):

Norte () Sul () Leste () Oeste () Centro ()

E-mail: _____, venho solicitar recurso contra o resultado da avaliação realizada por **junta médica** () **junta psicológica** ().

Telefone 1: (____) _____

Telefone 2: (____) _____

_____, ____ de _____ de _____.

(Informar acima município, dia, mês e ano).

Assinatura do candidato

Funcionário Detran- Assinar, carimbar e datar a autorização do serviço.

Obrigatório anexar planilha renach

