

_____, ____ de _____ de _____.

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO EM BANCA ESPECIAL

Eu _____, médico (a) devidamente registrado no CRM _____, em atual exercício na clínica localizada no endereço _____, nº _____, Bairro _____, CEP _____, município _____, declaro aceitar as condições estabelecidas na Portaria 70/2017, nas regras estabelecidas no ordenamento de trânsito e nas demais exigências para a realização de perícias no âmbito da avaliação da pessoa com deficiência.

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do médico