

ANEXO I**Declaração para fins de Credenciamento**

Eu, declaro, para fim de credenciamento, que não atuei em nenhum Centro de Formação de Condutores nos últimos 06 (seis) meses anteriores à publicação do presente edital, e que, portanto, preencho o requisito necessário para ministrar exames de acordo com o item 2 do presente edital.

Comprometo-me a comunicar ao DETRAN-SP, sob as penas da lei, caso eu passe a ter algum vínculo, para não ferir o determinado no edital.

.....(Local)....., de de 20.... .

ANEXO II**Declaração para fins de Credenciamento**

Eu, declaro, para fim de credenciamento, que não sou servidor público em exercício no Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN-SP, não me encontro afastado ou em exercício em outros da Administração Pública, direta ou indireta, e que, portanto, preencho o requisito necessário para ministrar exames de acordo com o item 2 do presente edital.

Declaro que o meu local exato de trabalho é, sendo que minhas atividades laborais não são conflitantes com as de examinador, por não infringirem leis e normas éticas que regem a matéria.

Comprometo-me a comunicar ao DETRAN-SP, sob as penas da lei, caso eu passe a ter algum dos vínculos mencionados no item 2.1 do edital.

.....(Local)....., de de 20.... .

ANEXO III**Declaração para fins de Credenciamento**

Eu, declaro conhecer e me comprometo a obedecer as regras constantes do Manual dos Examinadores de Trânsito do DETRAN-SP, das Resoluções CONTRAN e das Portarias DETRAN-SP.

.....(Local)....., de de 20.... .

ANEXO IV**Atestado Médico**

Atesto, para fins de credenciamento, que _____, RG _____, CPF _____, foi submetido ao exame de capacidade física e encontra-se () **APTO** () **INAPTO** a exercer atividades regulares como examinador de trânsito do DETRAN-SP.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome do Médico: _____

Cremsp: _____

Assinatura: _____

ANEXO V**RELATÓRIO DE EXAMES PRÁTICO**

Município: _____

Unidade: _____

Nome: _____

CPF/MF: _____

CNH.: _____ Validade: _____ Categoria
Habilitado: _____**Exames**Quantidade total:

Período	Categoria	Quantidade
	A	
	B	
	C	
	D	
	E	

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do Examinador_____
Nome/Carimbo/Assinatura do Diretor da Unidade

ANEXO VI**RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO – RPA**

Nome completo: _____

Data Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

R.G.: _____ Órgão Emissor: _____

PIS: _____ C.C.M.: _____

Endereço da prestação dos serviços: _____

Discriminação de valores para o pagamento dos serviços prestados:

Valor Bruto R\$ _____

Desconto INSS (____% x Valor Bruto) R\$ _____

Desconto IRRF (____% x Valor Bruto) R\$ _____

Desconto ISS (____ x Valor Bruto) R\$ _____

Valor Líquido R\$ _____

Recebi do Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN-SP, CNPJ 15.519.361-0001/16, a
importância líquida de R\$ _____
(_____), pela
prestação de serviços de examinadores de trânsito.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura