

**REQUERIMENTO PARA DESCRENCIAMENTO**

- ( ) CRVA
- ( ) PAV de CRVA
- ( ) Posto de Atendimento de CRVA de.....

Código n.º:..... CPF Titular do CRVA:.....

Endereço:.....

N.º..... Complemento:.....Bairro: .....

Município:..... CEP: .....

Telefone: (.....)..... E-mail: .....

Nome do Titular de CRVA:.....

.....  
.....  
.....  
.....

O(A) Credenciado(a) acima identificado, solicita descredenciamento por motivo de .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN/RS para descredenciamento e estar ciente de que as atividades deste(a) Credenciado(a) somente poderão ser encerradas após autorização da Autarquia.

DATA:.....

Assinatura do Titular (Reconhecer a firma **por autenticidade**):