



# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

<b>CREDENCIAMENTO DE MÉDICO</b>		<b>GERÊNCIA MÉDICA E PSICOLÓGICA</b> <b>(92) 3643-0084</b>	
<b>EMPRESA REQUERENTE</b>			
<b>Nome da Empresa:</b>			
<b>Nome Fantasia:</b>		<b>CNPJ:</b>	
<b>Endereço:</b>			<b>Nº</b>
<b>Complemento:</b>		<b>CEP.</b>	<b>Bairro:</b>
<b>UF.</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Telefone: ( ) _____ - _____ / ( ) _____ - _____</b>	
<b>E-mail:</b>			
<b>MÉDICO</b>			
<b>Nome:</b>			
<b>Identidade:</b>	<b>Órgão expedidor:</b>	<b>CPF:</b>	<b>CRM:</b>
<b>Telefone: ( ) _____ - _____ / ( ) _____ - _____</b>			
<b>E-mail:</b>			
<b>Período de credenciamento: __/__/__ até __/__/__</b>			
<b>SOLICITAÇÃO</b>			
Solicito de Vossa Senhoria, autorização do vínculo entre o profissional supracitado, com esta entidade, para a realização da perícia médica dos candidatos à carteira nacional de habilitação e condutores de veículos automotores, em cumprimento com as normas internas determinadas pelo DETRAN/AM, Gerência Médica e Psicológica, Código de Trânsito Brasileiro e Resoluções do CONTRAN.			
<b>Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção prevista no art. 299 do Código Penal.</b>			
Manaus, ____ / ____ / ____			
<b>Assinatura e Carimbo do Representante da empresa</b>		<b>Assinatura e Carimbo do Profissional Registro do CRM</b>	

**Documentação:** Carteira de Identidade Profissional com registro da especialidade em trânsito; Certificado de Especialista; Comprovante de residência atualizado (últimos três meses); Declaração de nada consta no Conselho Regional de Medicina;

**Obs. todos os documentos deverão ser apresentados original e cópia, sendo conferidos pelo servidor responsável pelo atendimento.**

**Obs.** O vínculo do profissional tem prazo máximo de um ano, podendo esse período ser renovado no ato da renovação de credenciamento da empresa. **Obs.** No caso de credenciamento ou substituição de novos profissionais, deverá ser comunicado com antecedência mínima de 5 dias, sob pena de indeferimento do pedido. **Obs.** Em caso fortuito ou força maior, o profissional que possua agendamentos e esteja impossibilitado de atender, poderá ser substituído por outro profissional devidamente cadastrado na mesma clínica por até 3 dias. Excepcionalmente poderá ser autorizado o atendimento por período maior, mediante solicitação a Gerência Médica e Psicológica do DETRAN/AM. **Obs.** Para o descredenciamento de profissional, poderá ser solicitado pela clínica ou pelo profissional mediante ofício, ambos assinados.

[www.amazonas.am.gov.br](http://www.amazonas.am.gov.br)  
[twitter.comGovernodoAM](https://twitter.com/GovernodoAM)  
[youtube.com/governodoamazonas](https://youtube.com/governodoamazonas)  
[facebook.com/governodoamazonas](https://facebook.com/governodoamazonas)

[detran@detran.am.gov.br](mailto:detran@detran.am.gov.br)  
Fone:(92) 3643-0000  
Avenida Mário Ypiranga Monteiro,  
2884, Parque 10 de novembro  
Manaus - AM  
CEP: 69050-030

