



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO – CETRAN  
SECRETARIA DE APOIO AO CONSELHO

**AO SENHOR(A) PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE TRÂNSITO - CETRAN/AC**

NOME:	
NOME SOCIAL (se houver):	
CPF:	RG:
ENDEREÇO:	
NÚMERO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	TELEFONE:

O requerente, acima qualificado, vem apresentar **RECURSO CONTRA A INAPTIDÃO/RESULTADO APONTADA(O) EM LAUDO**, solicitando, desde já, uma nova avaliação pela Junta Especial de Saúde, a ser constituída por esse Conselho Estadual de Trânsito – CETRAN/AC, com a finalidade de dar prosseguimento ao procedimento administrativo abaixo apontado, pelos motivos abaixo elencados:

---

---

---

---

---

---

---

<b>TIPO DE JUNTA:</b> 1- <input type="checkbox"/> <u>MÉDICA</u> 2- <input type="checkbox"/> <u>PSICOLÓGICA</u>	<b>FINALIDADE:</b> 1 - <input type="checkbox"/> <u>PRIMEIRA HABILITAÇÃO</u> 2 - <input type="checkbox"/> <u>RENOVAÇÃO DE EXAMES</u> 3 - <input type="checkbox"/> <u>ISENÇÃO DE IMPOSTOS</u> 4 - <input type="checkbox"/> <u>OUTROS:</u>
--	---

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Rio Branco – Acre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme CNH ou RG

## **CÓPIAS NECESSÁRIAS PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO**

- Laudo Médico/Psicológico com resultado;
- Documento com ciência do resultado;
- Cópia do RG e CPF (quando for 1ª habilitação);
- Cópia da CNH (se já for habilitado).