



Diretoria de Habilitação
Divisão de Controle de Habilitação
**COMPROVAÇÃO DE LOCAL DE
TRABALHO**

Ilmo Sr. Presidente do Detran-RJ

Dados do requerente	
Nome:	
Nome Social:	
CPF:	Data de nascimento:
Empresa que trabalha:	
Local de trabalha:	
Estado:	CEP:
Município:	Estado:
Solicito que o endereço do meu local de trabalho seja utilizado para direcionar a região da Clínica Médica onde deverei realizar os exames em conformidade com a CI DETRAN-RJ/DSD Nº 430/2013, declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.	
Rio de Janeiro _____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do requerente	

Observação: o usuário deve portar os documentos originais para confronto com as cópias apresentadas podendo ser solicitado a qualquer momento pela diretoria responsável.