



Diretoria de Habilitação
Divisão de Controle de Habilitação
**REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO
DE SERVIÇO**

Ilmo. Senhor Presidente do Detran-RJ

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO/CONDUTOR

Nome:	
Nome Social:	
Documento de Identidade:	Órgão Expedidor/UF:
CPF:	Data de nascimento:
Local de Nascimento (Município/Estado):	
Nacionalidade: () BRASILEIRO () BRASILEIRO NATURALIZADO () ESTRANGEIRO	
Telefone Celular: ()	Telefone Fixo: ()
E-mail:	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos para comprovação de residência, declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei, ser residente e domiciliado no endereço abaixo:

Endereço:		
Nº:	Complemento:	Bairro:
UF:	Cidade:	CEP:

Declaro, ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no Código Penal: "Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante", pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

DADOS DA HABILITAÇÃO

Nº do Registro:	Nº do RENACH:
-----------------	---------------

MOTIVO DO REQUERIMENTO:

<input type="checkbox"/> 1ª Habilitação	<input type="checkbox"/> Habilitação Estrangeiro	<input type="checkbox"/> CNH Definitiva
<input type="checkbox"/> Renovação de CNH	<input type="checkbox"/> Renovação com rebaixamento	<input type="checkbox"/> Renovação com retorno de categoria
<input type="checkbox"/> Mudança de Categoria	<input type="checkbox"/> Adição de Categoria	<input type="checkbox"/> 2ª Via de CNH
<input type="checkbox"/> Alteração de Dados	<input type="checkbox"/> CRCI	<input type="checkbox"/> Reabilitação

DETALHAMENTO DO MOTIVO / ASSUNTO:

CATEGORIA PARA INCLUSÃO (em caso de 1ª Habilitação, há a possibilidade de: "A", "B" ou "AB")

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> AD	<input type="checkbox"/> AE
<input type="checkbox"/> ACC	<input type="checkbox"/> ACC/B	<input type="checkbox"/> ACC/C	<input type="checkbox"/> ACC/D	<input type="checkbox"/> ACC/E				

TERMO DE RESPONSABILIDADE – DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA

Em conformidade com o parágrafo 1º do Art. 4º da Resolução CONTRAN nº 789, de 18/06/2020, declaro sob as penas da lei que:

<input type="checkbox"/> Desejo exercer atividade remunerada ao volante.
<input type="checkbox"/> Não desejo exercer atividade remunerada ao volante.

Declaro, ainda, estar ciente de que:

- A escolha pela inclusão de atividade remunerada requer a realização de avaliação psicológica, cujo pagamento deverá ser realizado junto à clínica responsável;
- Após o direcionamento à clínica e a coleta das digitais, a escolha da atividade remunerada não poderá mais ser alterada com a mesma taxa de pagamento de DUDA;
- Em caso de reprovação na avaliação psicológica não será possível desistir desta opção e o cadastro de habilitação ficará bloqueado até que o condutor se torne apto em novo exame.

Rio de Janeiro _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente