



DETRAN
TOCANTINS
PELA PAZ NO TRÂNSITO



GOVERNO DO
TOCANTINS

FORMULÁRIO REQUERIMENTO JUNTA MÉDICA

A Sua Senhoria o Senhor,
Presidente do DETRAN-TO

Eu, _____
RG nº. _____, e do CPF/MF sob nº _____,
CNH registro nº _____, data de validade: ____/____/____, residente e domiciliado

na cidade de _____, nos telefones para
contato: _____/_____, venho a solicitar Junta
Médica para fins de obter Laudo Circunstancial.

Assinatura: _____.

Campo reservado para condutor representante Legal ou Genitor

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____ órgão Expedidor: _____

CNH registro nº _____ data de validade: ____/____/____

Assinatura: _____

Palmas, TO ____/____/____.

“Somos todos responsáveis por um trânsito mais seguro. Dirija com responsabilidade”



Qd. 401 Norte, Av. NS-01, Cj. 2, Lt. 1 a 10, Palmas - Tocantins - CEP: 77006-340

Tel: +55 63 3218-3011, 3218-3001 - www.detrان.to.gov.br