

## **TERMO DE REBAIXAMENTO DE CATEGORIA**

Por este termo, declaro que solicitei ao médico(a)/psicólogo(a) da Clínica credenciada \_\_\_\_\_ o rebaixamento da categoria da minha Carteira Nacional de Habilitação.

### **DADOS DO CANDIDATO/CONDUTOR**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RENACH: \_\_\_\_\_

CATEGORIA ATUAL: \_\_\_\_\_

CATEGORIA PRETENDIDA: \_\_\_\_\_

LOCAL:

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**CANDIDATO/CONDUTOR**