



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES

RECADASTRAMENTO DE TAXISTAS

PORTA: _____

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Endereço eletrônico (e-mail) _____

DADOS DO VEÍCULO

MARCA/MODELO: _____

ANO: _____

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO E ENTREGUE COM UMA
CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

- Cópia – CNH do proprietário;
- Cópia – CRLV do veículo;
- Cópia – Comprovante de Residência;

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações prestadas neste formulário.

São Gonçalo, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____.