

Coordenadoria Estadual de Gestão de Trânsito (Detran-MG)  
DIVISÃO DE HABILITAÇÃO E CONTROLE DO CONDUTOR  
**BOLETIM RESUMO - Emissão via Internet em 19/07/2024**

**INSCRIÇÃO INICIAL - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

<b>NÚMERO CANDIDATO:</b> *****		<b>CATEGORIA PRETENDIDA:</b> CARRO	
<b>NOME:</b> VICTOR HENRIQUE SANTANA DE SOUZA		<b>DATA NASCIMENTO:</b> 02/07/2006	<b>SEXO:</b> MASCULINO
<b>IDENTIDADE:</b> 20155031	<b>EXPEDIDO POR:</b> PC	<b>UF:</b> MG	<b>CPF:</b> 151.960.406-84
<b>NATURALIDADE:</b> MG		<b>NACIONALIDADE:</b> Brasileira	
<b>MÃE:</b> KLEINY ALVES SANTANA DE SOUZA		<b>PAI:</b> SIDNEI MENDONCA DE SOUZA	

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

LOGRADOURO: RUA CONDE SANTA MARINHA	NÚMERO: 355	COMPLEMENTO: Casa
BAIRRO/DISTRITO: CACHOEIRINHA		MUNICÍPIO: BELO HORIZONTE
CEP: 31130080	TELEFONE: 34229338	
DECLARO QUE SOU ALFABETIZADO E QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO EXPRESSAM A VERDADE:		
ASS:	DATA:     /     /	

**EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL**

ACUIDADE VISUAL:		O.D.:	O.E.:	DEFICIENTE FÍSICO:	
ACUIDADE AUDITIVA:		LENTE CORRETIVAS:			VEIC. ADAPTADO:
RESTRIÇÃO:					
CONCLUSÃO		VALIDADE	CATEG PERMITIDA	CLÍNICA	DATA EXAME
<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO		__/__/__		143	__/__/__
ASSINATURA DO MÉDICO:					

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>VALIDADE</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>DATA EXAME</b>	<b>CRP</b>
<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO	____ / ____ / ____	143	____ / ____ / ____	
<b>ASSINATURA DO PSICÓLOGO:</b> _____				

**TAXA DE PAGAMENTO (DAE)**

<b>Nº DOCUMENTO (DAE/TAA)</b>	<b>DATA EMISSÃO</b>	<b>DATA PAGAMENTO</b>	<b>DATA UTILIZAÇÃO</b>
1524560585928	19/07/2024		

**OBSERVAÇÕES**

START CLINICA RUA DOS AIMORES 1155 , FUNCIONARIOS , BELO HORIZONTE DE08:00 AS12:00-13:00 AS17:00 - TEL(S):(31)33179887
---

Cadastrado pelo cidadão(Via Internet) - CPF: 151.960.406-84



SECRETARIA DE ESTADO DE  
FAZENDA DE MINAS GERAIS

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO DAS RECEITAS ESTADUAIS**

Nome:  
Victor Henrique Santana de Souza  
Endereço:

Município: UF: MG Telefone:

Data do Vencimento  
31/12/2024

Data do Pagamento  
19/07/2024

Tipo  
CPF

Número Identificação  
151.960.406-84

Código Município em MG (para produtor rural e não inscrito)  
062

Mês/Ano de Referência  
07/2024

Nº Documento  
15-245605859/28

Histórico  
INSCRICAO PARA PRIMEIRA HABILITACAO

Solicitação Primeira Habilitação

Documento de identificação: 151.960.406-84

START CLINICA  
RUA DOS AIMORES 1155 , FUNCIONARIOS , BELO HORIZONTE  
DE08:00 AS12:00-13:00 AS17:00 - TEL(S):(31)33179887

Autenticação

ID: E60746948202407191711A1203a1mN00

**TOTAL**

R\$ 105,59

FLUXO VIA UNICA: EMITENTE/CONTRIBUINTE (COMPROVANTE DE PAGAMENTO)

MOD. WEB 06.01.11 DISQUE DENÚNCIA - 181