

**AO SETOR MÉDICO E PSICOLÓGICO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE
TRÂNSITO DO AMAZONAS**

EU _____,
portador da carteira de identidade nº _____ e CPF
nº _____, residente à rua _____
_____, nº _____ bairro: _____,
município de _____ do Estado do Amazonas.

Solicito a este Departamento de Trânsito a participar da **avaliação da Junta Médica Especial** para fins de:

Manaus, _____ de _____ de _____

Assinatura

1º PASSO: DAR ENTRADA NO PROTOCOLO ADMINISTRATIVO.

ANEXAR CÓPIAS: CNH, RG, CPF e Comprovante de Residência atualizado (água, luz, telefone, fatura de cartão de crédito, IPTU ou certidão de endereço expedida por autoridade policial, quando for o caso); todos do proprietário outorgante; Laudo Médico com a descrição da Classificação Internacional de Doenças (CID).

2º PASSO: FAZER AGENDAMENTO NO SETOR MÉDICO E PSICOLÓGICO.

