



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

SGD - CETRAN

Eu, _____
R.G. _____ e CPF/CNPJ _____ residente e
domiciliado (a) à rua _____
_____, nº _____, bairro _____,
CEP nº _____, vem por meio desta recorrer a Junta Médica deste
Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN-AM, pelo indeferimento do processo nº

Argumentações: _____

Manaus, _____ de _____ de _____

Assinatura

Telefone para contato: () _____

Anexar Cópias:

- ▮ R.G., CPF OU CNH e Comprovante de Residência.
- ▮ Comunicado de decisão da Junta Médica
- ▮ Laudo Médico

