AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA JUNTA MÉDICA ESPECIAL			GERÊNCIA MÉDICA E PSICOLÓGICA (92) 3643-0084
REQUERENTE			
Nome:			
Identidade:	**Órgão expedidor:**	**CPF/CNPJ:**	
Nacionalidade:		**Naturalidade:**	
Endereço:			**Nº**
Complemento:	**CEP.**	**Bairro:**	
UF.	**Cidade:**	**Telefone:** (___) _____-_____ / (___) _____-_____	
E-mail:			
SOLICITAÇÃO			
Motivo:			
Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção prevista no art. 299 do Código Penal.			
Manaus, _____ / _____ / _____		_____ **Assinatura do Requerente**	

Documentação: CNH; Comprovante de residência atualizado (últimos três meses) – todos do proprietário outorgante; Laudo médico com a descrição da Classificação Internacional de Doenças – CID (atualizado nos últimos 3 meses).

Obs. todos os documentos deverão ser apresentados original e cópia, sendo conferidos pelo servidor responsável pelo atendimento.

Obs. A isenção de impostos/descontos, só poderá ser solicitado por quem é habilitado.

Documento D81B.FF98.BF09.C382 assinado por: Ceceliene Raimunda Pedrosa:317******* em 07/06/2024 às 11:00 utilizando assinatura por login/senha.