



REQUERIMENTO PARA 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				
Solicito de Vossa Senhoria, a participação na Avaliação da Junta Médica Especial, para fins de: () ENCAMINHAMENTO DE CLÍNICA DE TRÂNSITO () RECLASSIFICAÇÃO DE CATEGORIA () CNH RETIDA – INSS () RECURSO DE AVALIAÇÃO MÉDICA				
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)

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

Obs. Deverá ser realizado o agendamento na Gerência Médica e Psicológica.