



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

RECURSO DA JUNTA MÉDICA		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.

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