



GOVERNO DO ESTADO DO

AMAZONAS

**SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DO
ESTADO DO AMAZONAS JUNTA MÉDICA DO ESTADO**

SERVIDOR: () _____

MATRÍCULA: _____

ÓRGÃO: _____

LOTAÇÃO: _____

CARGO: _____

CPF: _____

RG: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

DN: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

PERÍODO DE LICENÇA: _____ A _____ () DIAS.

Comparecer munido de:

- Ultimo Contra cheque
- Atestado Original
- Exames
- Comprovante de Residência
- RG
- CPF

Data: ____/____/____ Assinatura Chefe Imediato: _____

Rua: Rua Sobradinho (Travessa do Dera), nº 100.

Bairro: Flores.

Ponto de Referência: Antigo prédio da FAPEAM.

Fones: 3103-2017 - 3194-0450

Manaus – Am.