

ANEXO I

OFÍCIO Nº XXX

Manaus, XX de xxxxxxxxxxxx de 2025.

À

JUSSARA PEDROSA CELESTINO DA COSTA

Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONEDE/AM

Rua Bento Maciel, 02, Conjunto Celetramazon, Adrianópolis

CEP 69057-300, Manaus/AM

E-mail: conede-am@sejusc.am.gov.br

Assunto: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Senhora Presidente,

(NOME DA INSTITUIÇÃO) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CNPJ: 00.000.000/0000-00, situada à xxxx (ENDEREÇO COMPLETO COM CEP), fundada em 00/00/0000 (data completa), solicita **registro/renovação da inscrição** junto a esse **Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONEDE/AM**, conforme cópia dos documentos anexos.

Termos em que,
Pede e Espera Deferimento.

Carimbo, Nome Completo e Assinatura do Responsável Legal.

