

## FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO TRANSPOSIÇÃO

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO ESPECIAL DOS EX-TERRITÓRIOS FEDERAIS DE RONDÔNIA, AMAPÁ E RORAIMA.**

**PROCESSO N.:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**ATA:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade n. \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_, residente e domiciliado, sito a \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, vem à presença de V. Exa. Apresentar REQUERIMENTO de prioridade na tramitação do processo administrativo com base na Lei 12.008/2009, bem como o Artigo 71 da Lei 10.741/2003 do Estatuto do Idoso, nos seguintes termos.

(  ) O(a) Requerente vem apresentar laudo médico, para requerer prioridade na tramitação de seu processo, haja vista possuir sintomas compatíveis com o quadro de \_\_\_\_\_. (anexar Laudos Médicos atualizados e caso seja isento de IRRF, anexar documentos comprobatórios, digitalizados em PDF)

(  ) O(a) Requerente é maior de 60 anos de idade. (anexar documentos comprobatórios, digitalizados em PDF).

Assim, requer que seja dada prioridade na tramitação de seu processo.

Termos em que,  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
CPF: