

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO

Nome do visitante: _____ Documento de Identidade: _____

Data da Visita: ____/____/____ Horário de entrada: ____:____ Horário de saída: ____:____

Motivo da Visita: _____

Autorizado por: _____ Responsável: _____

Assinatura do responsável

www.sead.am.gov.br
instagram.com/SeadAmazonas
youtube.com/@SeadAmazonas
facebook.com/SeadAmazonas

sead@sead.am.gov.br
Fone: (92) 3182-2808 / 3182-2869
Av. Constelação, 30 – Conj. Morada
do Sol, Aleixo. Manaus - AM
CEP: 69060-081

**Secretaria de
Administração
e Gestão**

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO

Nome do visitante: _____ Documento de Identidade: _____

Data da Visita: ____/____/____ Horário de entrada: ____:____ Horário de saída: ____:____

Motivo da Visita: _____

Autorizado por: _____ Responsável: _____

Assinatura do responsável

www.sead.am.gov.br
instagram.com/SeadAmazonas
youtube.com/@SeadAmazonas
facebook.com/SeadAmazonas

sead@sead.am.gov.br
Fone: (92) 3182-2808 / 3182-2869
Av. Constelação, 30 – Conj. Morada
do Sol, Aleixo. Manaus - AM
CEP: 69060-081

**Secretaria de
Administração
e Gestão**