



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

DECLARACAO DE INEXIGIBILIDADE

Nome da Empresa/Interessado		
Endereço p/ correspondência:		
Bairro:	Município:	CEP
CPF/CNPJ:		
Fone:	E-mail	
Descrever a atividade objeto da solicitação		

_____ / _____ / _____
Local

Data

_____ / _____ / _____
Assinatura