|  |
| --- |
| **AGENDAMENTO DE VISITA TÉCNICA PARA FINS DE RECADASTRAMENTO** |

**I-IDENTIFICAÇÃO DO APOSENTADO/ PENSIONISTA**

|  |
| --- |
| [ ]  APOSENTADO [ ]  PENSIONISTA |
| Nome civil completo e sem abreviatura: |
| Matrícula SIAPE: | CPF: | RG: | Data de Nascimento: |

**II-IDENTIFICAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |
| --- |
| Nome civil completo e sem abreviatura: |
| CPF: | RG: | E-mail: |
| Vínculo com o beneficiário (a): |
| Endereço completo: | Telefone(s) com DDD: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |

**III-ENDEREÇO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA**

|  |
| --- |
| Endereço residencial completo: |
| Bairro: | Município: | Cidade |
| UF: | CEP: | País: |
| Referência para chegar ao local (se houver) |

**IV-ASSINATURA**

|  |
| --- |
| Declaro estar ciente que só será agendada Visita Técnica Domiciliar para comprovação de vida e concretização do Recadastramento, **mediante apresentação de atestado médico comprovando a impossibilidade de locomoção.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Local Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Representante Legal OBS: 1.No caso de curatelados, o curador deve apresentar a cópia da curatela e de sua carteira de identidade. 2. No caso de procurador, deve apresentar o original e a cópia simples do instrumento público de procuração, com validade máxima de 6 (seis) meses, a contar de sua emissão. |