|  |
| --- |
| **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. |