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

As solicitações com uso deste Formulário é para atendimento **exclusivo de aposentados e pensionistas do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações.**

**IDENTIFICAÇÃO DO APOSENTADO OU DO PENSIONISTA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO: | |
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| APOSENTADO informar o CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PENSIONISTA informar a matrícula SIAPE do pensionista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**IDENTIFICAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL OU MANDATÁRIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | | |
| CPF: | | | E-MAIL: | | |
| VÍNCULO COM O BENEFICIÁRIO: | | | | | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | | | | | |
| BAIRRO: | CIDADE: | | | UF: | CEP: |
| TELEFONE RESIDENCIAL | | TELEFONE CELULAR | | | |

**ENDEREÇO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENDEREÇO | | | | | |
| BAIRRO | | | MUNICÍCPIO | | CIDADE |
| UF | CEP | PAÍS | | TELEFONE: | |
| REFERÊNCIA PARA CHEGAR AO LOCAL (SE HOUVER) | | | | | |

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. NO CASO DE CURATELADOS, O CURADOR DEVE APRESENTAR A CÓPIA DA CURATELA E DE SUA CARTEIRA DE IDENTIDADE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **LOCAL E DATA** | **ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL OU MANDATÁRIO OU CURADOR** |