

### APÊNDICE XIII

#### MARINHA DO BRASIL COMANDO DO 6º DISTRITO NAVAL FICHA DE VERIFICAÇÃO DOCUMENTAL

Item	DOCUMENTO	Quantidade de documentos	Apresentou	
			SIM	NÃO
01	Cópia do Documento oficial de identidade com fotografia.			
02	Cópia do CPF (podendo constar no documento oficial de identidade).			
03	Cópia da Certidão de Nascimento, Casamento ou Contrato de União Estável.			
04	Cópia do Certificado de Reservista ou equivalente, quando couber.			
05	Cópia do Comprovante de residência.			
06	Cópia da Folha de Alterações da Caderneta Registro/Assentamentos, para militares da ativa e reserva.			
07	Certidão de Quitação Eleitoral emitida pelo Tribunal Superior Eleitoral, no máximo, há 30 (trinta) dias da data da entrega dos documentos.			
08	Cópia do registro profissional expedido pelo órgão fiscalizador da profissão, quando exigido pela profissão ou Declaração de Apresentação do Registro Profissional constante no Apêndice V deste Aviso.			
09	Diploma de Curso de Graduação para a habilitação em que concorrer com validade nacional ou declaração de conclusão do curso de graduação contendo a data de colação de grau, acompanhada de histórico escolar ou Declaração de Apresentação de Comprovante de Conclusão de Curso constante no Apêndice IV deste Aviso.			
10	Declaração de Voluntariado e Compromisso.			
11	Atestado de bons antecedentes de conduta.			
12	Declaração negativa de gravidez, no caso de voluntária feminina.			
13	Declaração de Tempo de Serviço Público Civil e/ou Militar Anterior.			
14	Comprovante de inscrição ou requerimento de isenção da taxa de inscrição.			
15	Autorização da respectiva Força Armada ou Força Auxiliar, em se tratando de militar ou membro da Polícia ou do Corpo de Bombeiros em atividade.			
16	Certidão de Antecedentes da Justiça Militar.			
17	Certidão da Justiça Federal.			
18	Certidão da Justiça Estadual.			
19	Declaração de Investidura em Cargo Público para Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas.			
20	Declaração Negativa de Investidura em Cargo Público para Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas.			
21	Declaração Negativa de Investidura em Cargo Público para Profissionais das demais áreas.			
22	OUTROS:			
	<b>TOTAL DE FOLHAS:</b>			

Local \_\_\_\_\_, em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário