

**MARINHA DO BRASIL  
CAPITANIA DOS PORTOS DA AMAZÔNIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE ENSINO PROFISSIONAL MARÍTIMO**

**1ª VIA DE CERTIFICADO - 1034**

**CATEGORIA:**.....**MOTIVO:** .....

**NOME DO MARÍTIMO:**.....

**FILIAÇÃO: PAI:**.....

**MÃE:**.....

**NACIONALIDADE:**.....**NATURALIDADE:**.....

**CARTEIRA DE IDENTIDADE:**.....**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**.....

**DATA DO NASCIMENTO:**...../...../..... **CPF:**.....

**ENDEREÇO:**.....

**BAIRRO:**.....**MUNICÍPIO:**.....**CEP:**.....

**TELEFONE:**.....

**COR DOS OLHOS:**..... **ALTURA :**.....

**Nº DE INSCRIÇÃO :** .....

**EMAIL:** .....

**DOCUMENTOS: NECESSÁRIOS:**

- 1) REQUERIMENTO DE PROTOCOLO (Este formulário mais anexo no verso)
- 2) REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO, ANEXO 1-E (verso);
- 3) XEROX E ORIGINAL DA **IDENTIDADE**;
- 4) XEROX E ORIGINAL DO **CPF**;
- 5) XEROX E ORIGINAL DO **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** COM CEP, EXPEDIDO NO PRAZO MÁXIMO DE 90 DIAS CORRIDOS EM NOME DO INTERESSADO;
- 6) XEROX E ORIGINAL ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (**ASO**), COMPROVANDO BOAS CONDIÇÕES (FÍSICO, MENTAL, AUDITIVO E VISUAL), COM AS DATAS DOS EXAMES, COM A CRM DE MÉDICO DEVIDAMENTE INSCRITO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA , COM VALIDADE MÁXIMA DE 1 ANO;
- 7) XEROX E ORIGINAL DA **FOLHA DE ROSTO DA CIR**;
- 8) XEROX E ORIGINAL DOS **CERTIFICADOS/HISTÓRICOS**;
- 9) XEROX DAS FOLHAS DE EMBARQUE NO CASO DE MCB/CTR PARA EMISSÃO DOS CERTIFICADOS GÁS/PETRÓLEO/QUÍMICO.
- 10) O USUÁRIO DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE REGISTRAR A **FOTO** NO GUICHÊ RESPONSÁVEL. **O DESCUMPRIMENTO DESSE REQUISITO OCASIONARÁ INDEFERIMENTO DO PROCESSO.**

OBS: Participo que o atendimento realizado no Setor de Atendimento ao Público da Capitania dos Portos da Amazônia Oriental, ocorre de Segunda a Sexta-Feira no horário de 08h às 12hs, mediante **Agendamento Eletrônico** feito no site da Capitania dos Portos da Amazônia Oriental.

BELÉM – PA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO REQUERENTE**

**MARINHA DO BRASIL**  
**DIRETORIA DE PORTOS E COSTAS**

(despacho)

**REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO**

<b>Parte I. Dados Pessoais</b> (Digite ou escreva com letra de forma)			
1. NOME			
2. DATA DE NASCIMENTO	3 NACIONALIDADE	4.NATURALIDADE	5.SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
____ / ____ / ____ DIA MÊS ANO			8. TELEFONE, FAX, E-MAIL
6. CIR nº	7 CATEGORIA		
9. ENDEREÇO PERMANENTE (Avenida, Rua, Número, Complemento, Bairro, Estado e CEP)			
10. OBSERVAÇÕES:			

<b>Parte II Motivo da Solicitação</b> (Assinale com um X no espaço reservado)			
Emissão/Substituição/Reconhecimento	Revalidação	2ª via	
<b>Documento(s) Solicitado(s):</b>			
Certificado DPC-1031	Certificado DPC-1032	Certificado DPC-1033	Certificado DPC-1034

<b>Parte III Documentos Anexos</b> (Assinale com um X no espaço reservado aos documentos anexados)	
A	Certificado (cópia autenticada)
B	Atestado de Saúde/ Certificado Médico em conformidade com os padrões básicos nos exames médicos contidos na Norma Regulamentadora da Autoridade do Trabalho no Brasil EMITIDO nos últimos 12 meses por médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM).
C	Comprovação de Estágio de Serviço no Mar (cópia autenticada)
D	Certificação estrangeira (cópia autenticada de folhas da CIR que comprovem 1 (um) ano de embarque nos últimos 5 (cinco) anos)
E	Folha de Rosto da CIR (cópia autenticada)
F	Uma (1) fotografia com data atual, de frente, com fundo branco e sem chapéu (a ser capturada no local de atendimentos nas Capitânicas, Delegacias ou Agências).
G	Outros documentos (especificar):
Local e Data do Requerimento	Assinatura do Requerente