

MARINHA DO BRASIL
SERVIÇO DE VETERANOS E PENSIONISTAS DA MARINHA

SOLICITAÇÃO DE RECADASTRAMENTO DOMICILIAR

(Nome do(a) Veterano ou pensionista)
NIP/SIAPE nº _____, carteira de identidade nº _____, expedida
pelo(a) _____, CPF nº _____, nascido(a) em
_____, residente no(a) _____

(Rua/Av./Praça/etc)
nº _____, _____, _____, _____,
(complemento) (Bairro/Distrito) (Município)
_____, telefone (s) _____
(Estado) (UF) (CEP)
_____ e ponto de referência: _____.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do(a) Requerente)

Identidade nº _____
CPF nº _____

Anexos:

- A) Cópia de Atestado Médico emitido a menos de 30 dias da data da solicitação; e
B) Cópia da Identidade e CPF do veterano/pensionista.

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE RECADASTRAMENTO DOMICILIAR

OM: SVPM	Data:
Nome do Veterano/Pensionista:	Identidade:
Nome do Atendente:	Identidade:
Documentos a serem apresentados no ato da visita: 1 - Identidade original do veterano/pensionista; 2 - No caso de recadastramento por testemunhas (impossibilidade de assinar) - identidade (original e cópia); - CPF (original e cópia) ; e - comprovante de residência (original e cópia).	
Assinatura do Atendente:	NIP: