

RECADASTRAMENTO - SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR

Secretaria-Geral do Ministério Público
Diretoria de Recursos Humanos

() SERVIDOR INATIVO

() PENSIONISTA

Informações sobre o SERVIDOR INATIVO ou PENSIONISTA	
Nome Completo:	
Matrícula:	Cargo:
Sexo: () M () F	Data de Nascimento: ____/____/____

Informações sobre o INSTITUIDOR DA PENSÃO (os campos abaixo devem ser preenchidos somente para o recadastramento de pensionistas)	
Nome Completo:	
Matrícula:	Cargo:
Data do Falecimento: ____/____/____	

Dados para a VISITA DOMICILIAR		
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		Estado:
CEP: _____ - _____		* E-mail:
Telefone residencial: ()		Telefone celular: ()

Dados do SOLICITANTE		
Nome Completo:		
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		Estado:
CEP: _____ - _____		* E-mail:
Telefone residencial: ()		Telefone celular: ()

Justificativa para solicitação de visita domiciliar (anexar laudo médico que ateste a absoluta incapacidade de locomoção do beneficiário):

***Estou ciente de que os endereços eletrônicos (e-mail) informados neste formulário serão utilizados para envio de comunicação institucional, inclusive aquelas relativas ao recadastramento anual obrigatório, a ser realizado sempre no mês de aniversário do(a) servidor(a) inativo(a) ou pensionista.**

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas correspondem inteiramente à verdade.

Data ____/____/____