



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS
SEÇÃO DE RECEPÇÃO E ATENDIMENTO**



REQUERIMENTO PERMANÊNCIA NO ROL POR MOTIVO DE INVALIDEZ

1. DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome	Data nascimento	Posto/Graduação/outros	
Endereço		Bairro/	
Cidade	UF	CEP	Telefone
Matrícula SIAPE	CPF		RG
E-mail			
Representado e assistido(a) por:		CPF:	

2. REQUERIMENTO

Requer ao(à) Diretor(a) de Inativos e Pensionistas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, **convocar** em inspeção de saúde, com a finalidade de comprovação de invalidez, para reinclusão/permanência no rol de dependentes meu(minha) filho(a) _____, Nascido(a) em ___/___/_____.

Neste termo, pede deferimento.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) requerente/representante legal/procurador(a)

3. OBSERVAÇÕES

PARA REQUERENTES DE OUTROS ESTADOS

1 - Cópia do RG do(a) Militar