



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



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE PENSIONISTA

DADOS PESSOAIS

Nome:		Data Nasc: ____/____/____	
Sexo: () Masc () Fem	CPF:	SIAPE:	
Raça/Cor/Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta			
RG e Órgão Emissor:		Data de emissão: ____/____/____	UF:
Endereço:			
Cidade:			UF:
CEP:	e-mail:		
Telefone com DDD:			
Nome do(a) militar falecido(a):			

OBSERVAÇÕES

- 1) Este formulário **não se aplica aos beneficiários de pensão alimentícia**;
- 2) Depois de preenchido e assinado, este formulário **pode ser entregue pessoalmente** na DINAP/SERAT;
- 3) Nos casos em que há guarda judicial, tutela ou curatela também deve ser entregue na DINAP/SERAT o respectivo documento de comprovação de representação legal;
- 4) O(a) pensionista tem a opção de enviar este formulário via postal, por intermédio de terceiros ou, ainda, por representante legal. Nesses casos, é indispensável, antes, **reconhecer firma por autenticidade em cartório**;
- 5) Endereço de entrega deste formulário: Diretoria de Inativos e Pensionistas (DINAP/CBMDF), Setor Policial Sul, Área Especial 3, Complexo da ABMIL. Brasília/DF – CEP: 70.610-209;
- 6) **Este formulário não tem validade para o recadastramento anual, se entregue via e-mail**;
- 7) Outras dúvidas podem ser esclarecidas por e-mail: dinapatendimento@gmail.com ou no site www.cbm.df.gov.br, aba "DINAP".

DECLARAÇÃO

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, com as quais assumo todas as possíveis responsabilidades consequentes, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal. Responsabilizo-me ainda por manter atualizada a minha situação cadastral sempre que houver alteração, independentemente do período relativo ao recadastramento anual.

Local e Data

Assinatura
Reconhecimento de firma por autenticidade