

DADOS INICIAIS DO PROCESSO:

Sigla da OM: Região Militar: a Nº do Protocolo (a cargo do GIR/P Idt Gu): / /

Post/Grad e Nome do Cmt / Dir / Ch da OM:

Motivo: Identificação Geral (1ª identificação pelo EB) OU Vinculados com Cart Idt anterior ao sistema informatizado

DADOS PESSOAIS:

Nº Reg Idt (se possuir): - Data 1ª idt:

Carteira Nacional de Habilitação: Sexo: Masculino Feminino

Nome Completo:

Nome do Pai:

Nome do Mãe:

Estado Civil: CPF: -

PIS/PASEP: PREC/CP: Data Nasc: / /

Naturalidade: UF:

BRASIL Outro País: Estrangeiro Naturalizado: Port Nº: Data Port:

Estrangeiro Nº RNE (DPF): Data Validade CIE: / / Data Exp CIE: / /

Certidão De: Cas Nasc Reg Nº Livro: Folha: Data Expedição: / /

Cartório:

Tipo Sanguíneo: A B C AB Fator RH: Positivo Negativo

Documento: Atestado Laudo Laboratorial Boletim Interno Ofício / Parte Carteira/Cartão Idt Outros

Título de Eleitor (Nº do Registro):

DADOS ESPECÍFICOS - MILITAR:

Posto/Grad: Nome de Guerra: A/Q/S, QMS ou QMG/QMP:

Situação: Carreira R/1-Res Rem Reformado Temporário R/2 Anistiado

Data Prom: / / Tipo e Nº Doc Prom: Data Doc Prom: / / Órgão Doc Prom:

Mobilizável: S N Até: / / Data Praça: / / Estabilidade: S N

Sem Estabilidade: Convoc/Engaj Prorrog/Reengaj Início: / / Término: / /

DADOS ESPECÍFICOS - CIVIL:

Dependente / Não-Dependente
Grau de Parentesco:
Publicação da Dependência:
Nº BI:
Data: / /
OM:
Ex-Dependente? Sim Não

Pensionista / Ex-Combatente
OM de Vinculação:
Documento Concessão do Benefício:
Tipo e Nº:
Data: / /
Órgão Expedidor:
Ex-Combatente? Sim Não

Servidor Civil
OM de Vinculação:
Nível:
Categoria:
Aposentado? Sim Não

Responsável (para dependente) Instituidor (para pensionista) Nº Reg Idt: - Data Falecimento (SFC): / /
NOME:
 Militar - Posto/Grad: Pensionista Servidor Civil

RECIBO: Recebi a carteira de identidade referente à presente Ficha de Identificação, com todos os dados corretos. Nome e Identidade do Recebedor (se não for o portador):
Assinatura:

(FI 2 da FIC nº _____, de ____ / ____ / ____ ,OM

Local e Data:..... - / /

Declaro que as informações constantes deste documento são a expressão da verdade	Assinatura do Responsável:.....	
Declaro que os dados acima constam nos registros funcionais do responsável e/ou na documentação apresentada	Assinatura do Enc Pes OM/Ch SIP:.....	
	Dados do Enc Pes OM / Ch SIP:	
	Posto/Grad:	
	Nome de Guerra:	

Carimbo da OM	
---------------	--

DADOS TÉCNICOS A CARGO DO IDENTIFICADOR:

CÚTIS: OLHO: BIGODE: COR / TONALIDADE:

CABELO: BARBA: COR / TONALIDADE:

ALTURA: , m SINAIS PARTICULARES (CABEÇA): SINAIS PARTICULARES (MÃOS): IDOSO/MAIOR DE 65 ANOS: Sim Não

RESPONSÁVEL PELOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: () IDT DACT () ICT

POSTO/GRAD E NOME DE GUERRA	NR REG IDT:	Nº Inscr Sv Idt Ex	Assinatura (vide cartão de autógrafos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A CARGO DO GIR / P Idt Gu / ICT

ASSINATURA DO IDENTIFICANDO:



FOTO
3X4

--

(Assinar no centro do retângulo, sem atingir as bordas)



Polegar Direito

Não colar, nem grampear a foto

**MÃO DIREITA
SÉRIE**

Polegares	Indicadores	Médios	Anulares	Mínimos
MÃO ESQUERDA SEÇÃO				