



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO AMAPÁ
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

ATENÇÃO: O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER FEITO EM LETRA DE FORMA LEGÍVEL
*CAMPOS OBRIGATÓRIOS

DADOS PESSOAIS

Nome Completo*:			Nome de Guerra:		Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
Pai:			Mãe*:					
Nacionalidade*:		Naturalidade*:		UF*:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		Data de Nascimento*: ____/____/____	
Tipo Sanguíneo*: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Fator Rh*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Raça/Etnia: <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda		Religião: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Candomblé <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Outra		
Título:		Zona:	Seção:	PIS/PASEP:		Certificado Militar:	CNH*: ____/____/____	Categoria da CNH*:
CPF*:	CTPS:		Registro Geral*:	Órgão Exp.*:	Expedição: ____/____/____		Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-Graduado	

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

Status*: <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO	Posse*: ____/____/____	Regime Jurídico*: <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Federal	Cargo*: <input type="checkbox"/> Delegado de Polícia <input type="checkbox"/> Agente de Polícia <input type="checkbox"/> Oficial/Escrivão de Polícia	Classe*: <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> 1ª Classe <input type="checkbox"/> 2ª Classe	Padrão:	Matrícula*:
A Disposição: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual Órgão/Entidade: _____		Licença/Afastamento: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual Licença/Afastamento: _____		

LOTAÇÃO ATUAL

Departamento: <input type="checkbox"/> DGPC <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> DPE <input type="checkbox"/> DPI	Delegacia/Unidade:
---	--------------------

ENDEREÇO

UF*:	CIDADE*:	BAIRRO*:	Endereço*: Ex.: Logradouro, Número, Apto.		
CEP:	Complemento:	DDD: ()	Telefone:	Celular:	

REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO

____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA	_____ DELEGADO GERAL DE POLÍCIA CIVIL
------------------------	---------------------	--