



POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL E CIDADANIA
SETOR DE IDENTIDADE SOLIDÁRIA



REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO SOLIDÁRIO

Ilmo. Sr. Chefe do Instituto de Identificação.

(Nome do Requerente)

Portador do RG _____ e CPF _____

Telefone () _____, () _____

Residente em rua _____, N° _____

Complemento _____, Bairro _____ Cidade _____

Vem requerer atendimento domiciliar para

(Nome da pessoa que será atendida)

Portador do RG (CPF) _____ Nascido em: ____ / ____ / ____

Residente em Rua - Mesma acima ()

N° _____, complemento _____, Bairro: _____

Cidade _____ Cep _____

Ponto de referência: _____

Telefone de contato () _____

Pessoa responsável que acompanhará o atendimento: _____

Grau de parentesco: _____

Nesse termos. Pede deferimento.

(Cidade) _____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura do Requerente)

Encaminhar preenchido para o whatsapp (27) 99763 7036
Av. Nossa Senhora da Penha, nº 2290, Santa Luiza – Vitória / ES
CEP: 29.045-403 – Tel.: (27) 99763 7036 – Email: identidadesolidaria@pci.es.gov.br