



## TERMO DE POSSE



AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES - AMPASS

TIPO DE ÓRGÃO COLEGIADO		TITULAR OU SUPLENTE	
ÓRGÃO/ENTIDADE			
PORTARIA		DATA	
NOME COMPLETO			
IDENTIDADE		ESTADO CIVIL	
CPF		CEP	
ENDEREÇO		NÚMERO	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
CIDADE		TELEFONE FIXO	
CELULAR 1		CELULAR 2	
E-MAIL 1		E-MAIL 2	
FORMAÇÃO SUPERIOR			
PROFISSÃO			
CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL*		VALIDADE	
		VALIDADE	
		VALIDADE	
		VALIDADE	

\* Informações sobre as certificações e cursos podem ser obtidas nos seguintes endereços eletrônicos: [www.anbima.com.br](http://www.anbima.com.br) e [www.apimec.com.br](http://www.apimec.com.br)

**DECLARAÇÃO**

Declaro ter conhecimento das normas de organização e funcionamento do Órgão Colegiado para o qual fui designado.

**Data**

Recife - PE

**ASSINATURA**

**AVISOS IMPORTANTES**

Após o preenchimento Conselheiro deverá:

• **Imprimir em "PDF" e assinar digitalmente e/ou imprimir, assinar, digitalizar e enviar para e-mail [reciprev@recife.pe.gov.br](mailto:reciprev@recife.pe.gov.br), juntamente com os seguintes documentos:**

- **Cópia do comprovante de residência;**
- **Cópia da Identidade/CPF;**
- **Cópia do Diploma de Curso Superior;**
- **Cópia das Certificações;**
- **Certidões negativas de antecedentes criminais da Justiça Estadual e da Justiça Federal competentes;**