

REQUERIMENTO

Eu, _____,
com CPF nº _____, em nome do (a)
Segurado(a) _____
() Aposentado(a) / () Pensionista(a), residente no seguinte endereço:
Rua _____ nº _____, Bairro _____
Complemento: _____
Ponto de Referência: _____
CEP: _____ - _____ Fone residencial: _____
Telefone celular: _____
E-mail _____

Venho por meio deste, informar que o(a) segurado(a) acima qualificado(a) encontra-se incapacitado(a) (acamado ou internado) para comparecer ao Instituto, motivo pelo qual solicita a visita domiciliar, para fins de atualização cadastral.

Rio do Sul, ____/____/____.

Assinatura do requerente