



**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO
DOMICILIAR OU HOSPITALAR
CENSO PREVIDENCIÁRIO VILA VELHA 2024**

DADOS DO SEGURADO

Nome do Segurado	Data de Nascimento
CPF	RG

DADOS DO REQUERENTE

Nome	
Telefone/Celular	Email

Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros	Se assinalado "outros", indicar nome do local:
---	--

ATENDIMENTO DOMICILIAR

(Preencher abaixo para Tipo de Atendimento assinalado como "domicílio")

Endereço		Nº
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP
Telefone	Celular	
Ponto de Referência		
Nome de acompanhante	Contato de acompanhante	

LOCAL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

(Preencher abaixo para Tipo de Atendimento assinalado como "outros")

Nome do local:	Horário de funcionamento	
Endereço:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado	CEP
Setor/Ala/Quarto	Outras informações relevantes:	

Assinatura do Requerente

Instruções

1. O representante do segurado deverá comparecer à sede do IPVV ou abrir protocolo eletrônico, para apresentar documento que comprove a dificuldade de deslocamento. A solicitação de atendimento hospitalar ou domiciliar será analisada pelo Grupo de Trabalho para realização do Censo Previdenciário 2024.
2. No caso de perícia domiciliar, informar no requerimento o telefone de contato de acompanhante, bem como o endereço completo e, se possível, ponto de referência e informações complementares que favoreçam a localização correta do local onde o segurado se encontra.
3. Nos casos de atendimento hospitalar, casa de saúde ou clínica, deverá ainda informar no requerimento o telefone de contato da instituição, bem como o endereço completo, horário de funcionamento, setor, quarto, ala, bem como outras informações para localização precisa do segurado no local indicado.