



**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.