



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE ITUMBIARA
ESTADO DE GOIÁS



ANEXO IV

RECADASTRAMENTO - SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR

() APOSENTADO

() PENSIONISTA

INFORMAÇÕES SOBRE O BENEFICIÁRIO			
NOME:			MATRÍCULA
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	SEXO () M () F	TELEFONE

DADOS DA VISITA		
ENDEREÇO		
NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	ESTADO	
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	

DADOS DO SOLICITANTE		
NOME		
ENDEREÇO		
NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	ESTADO	
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	

Justificativa para solicitação de visita domiciliar (anexar laudo médico que ateste a absoluta incapacidade de locomoção do benefício):

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas correspondem inteiramente à verdade.

_____/_____/_____

Requerente