



**DADOS DO REQUERENTE:**

Beneficiário(a):		
Matrícula:	CPF:	
Endereço:		
Nº	Complemento:	
Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF:	
Telefone:)	Celular:	Whatsapp:
E-mail:		

**REPRESENTANTE LEGAL:**

Nome:		
Telefone:	Celular:	Whatsapp:
E-mail:		

Ao Instituto de Previdência do Município de Maceió – IPREV, venho requerer:

**Realização de Inspeção Médica para atestar continuidade da incapacidade, nos termos do Art. 76 da Lei Municipal nº 5.828/2009 para manutenção do meu benefício de:**

Aposentadoria  Pensão por morte

**Realização de Inspeção Médica para atestar incapacidade, nos termos do art. 13, § 1º da lei municipal nº 5.828/2009 para obtenção de benefício de pensão por morte segurado: \_\_\_\_\_**

Nestes termos, pede deferimento.

Maceió, Alagoas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

**Observação**

- O requerimento deve ser assinado pelo requerente conforme assinatura constante no documento de identificação apresentado no item 2 da Lista de Documentos.

**Requerimento nº 23**



**LISTA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

1.  Requerimento do Interessado (a) preenchido no ato do atendimento;
2.  Documento de Identidade - RG ou CNH;
3.  Cadastro de Pessoa Física - CPF;
4.  Comprovante de residência (últimos 02 meses) e Declaração do vínculo quando o comprovante não estiver no nome do requerente;
5.  Cópia da portaria de concessão do benefício de pensão por morte;
6.  Atestado médico particular (atualizado);
7.  Cópia do último contracheque (quando couber).

**PROCURADOR/TUTOR/CURADOR:**

1.  Documento de Identidade - RG ou CNH;
2.  Cadastro de Pessoa Física - CPF;
3.  Procuração Pública/Procuração Particular por advogado com cópia da inscrição na OAB/Tutela/Curatela.

**PROCEDIMENTO SETOR DE PROTOCOLO**

1. Realiza a abertura do processo conforme o seguinte detalhamento
  - a. **TIPO DE DOCUMENTO:** Requerimento
  - b. **INTERESSADO:** Nome do Beneficiário
  - c. **NATUREZA:** Realização de Inspeção médica
  - d. **SETOR DE ORIGEM:** Protocolo
  - e. **ASSUNTO:** Solicitação de realização de Inspeção medica, conforme motivação contida no requerimento.
  - f. **TRAMITAR AGORA:** Sim    **SECRETARIA:** IPREV    **SETOR:** Chefia de Gabinete

**Requerimento nº 23**