



Sistema Único de Previdência Social do Estado do Ceará - SUPSEC
RECADASTRAMENTO/PROVA DE VIDA POR VISITA

Secretaria do Planejamento e Gestão-SEPLAG
Coordenadoria de Gestão Previdenciária - CPREV

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VISITA

Motivo da visita: _____ **Data do pedido:** / /

Encontrar-se o segurado civil, ativo ou aposentado, o militar estadual ativo, da reserva remunerada ou reformado, ou o pensionista impossibilitado, por motivo de doença grave ou dificuldade de locomoção ou por ser declarado incapaz ou interdito, de comparecer à instituição financeira e de constituir representante legal.

Outro motivo (Descrever, resumidamente, a condição de impossibilidade e comparecer à instituição financeira e de constituir representante legal):

Dados do solicitante da visita

Nome: _____ Parentesco ou outra relação com a pessoa a ser visitada: _____

CPF: _____ RG: _____ RG – Órgão expedidor: _____ RG – Data expedição: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Fixo: _____ E-mail: _____

Endereço residencial (Rua, Av.): _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Dados do segurado civil, ativo ou aposentado, do militar estadual ativo, da reserva remunerada ou reformado, ou do pensionista a ser visitado

Nome completo: _____ Data Nascimento: _____ Sexo: M F

Nome da mãe: _____ Órgão de origem: _____ Matrícula: _____

CPF: _____ RG: _____ RG – Órgão expedidor: _____ RG – Data expedição: _____

Endereço residencial (Rua, Av.): _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone (Celular): _____ Telefone (Fixo): _____ E-mail: _____

Endereço para Visita (Rua, Av.): _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Ponto de referência para localização do endereço da visita:

Se pensionista a ser visitado, preencher o quadro abaixo

Nome do falecido (Instituidor da pensão): _____ Órgão de origem do falecido: _____

Vínculo de parentesco ou outro relacionamento do pensionista com o instituidor:

- Cônjuge supérstite Divorciado(a) com pensão alimentícia Separado de fato com pensão alimentícia Filho(a) ou tutelado(a) maior inválido(a)
 Companheiro(a) Separado juridicamente com pensão alimentícia Filho(a) ou tutelado(a) menor Outro vínculo, declarado judicialmente

SOLICITANTE DA VISITA

Nome: _____ Data do pedido: _____ Assinatura: _____

Observações

Descrever informações consideradas relevantes, não contempladas nos registros acima realizados:

Instruções para a solicitação de visita

No caso de realização do recadastramento/prova de vida por motivo de impossibilidade de comparecimento pessoal à instituição financeira e de constituir representante legal para realizar o procedimento, por motivo, exclusivamente, de doença grave, dificuldade de locomoção ou por ser o recadastrando declarado incapaz ou interditado em processo judicial, este formulário deverá ser preenchido por preposto ou familiar do segurado ou pensionista, encaminhando à SEPLAG os seguintes documentos:

- a) Solicitação de visita, no original, assinado;
- b) declaração expedida por médico, no original, em papel timbrado da rede pública ou privada, constando o número do CID e a identificação do médico com o respectivo número do CRM, emitida com até 30 (trinta) dias de antecedência da sua exibição, quando for o caso de doença grave ou dificuldade de locomoção;
- c) documento hábil, no original ou cópia autenticada em cartório, expedido pelo Poder Judiciário, declarando incapaz ou interditado o segurado ou pensionista, quando for a hipótese de incapacidade ou interdição declarada em processo judicial;
- d) cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe) e comprovante de CPF do segurado ativo, aposentado ou pensionista, deste último, sendo menor, cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
- e) cópia autenticada do documento oficial de identificação (RG civil ou militar, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho - CTPS, Passaporte, carteira de reservista ou carteira de órgão de classe) e comprovante de CPF do preposto ou familiar solicitante da visita, quando for o caso.

O presente Formulário de Solicitação de Visita deverá ser impresso, preenchido e assinado pelo solicitante e encaminhado, via postal, junto com os demais documentos, conforme acima relacionado, à Secretaria do Planejamento e Gestão – SEPLAG, com endereço na Av. Gal. Afonso Albuquerque Lima, s/n, Edifício SEPLAG, 3º Andar, Cambéba, Fortaleza-CE, CEP 60.822-325.