



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 1ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE VISITA DOMICILIAR/HOSPITALAR
PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE VIDA E ATUALIZAÇÃO CADASTRAL
DE APOSENTADOS/PENSIONISTAS

(a ser preenchido em letra legível e assinado pelo(a) requerente)

Eu, abaixo identificado,

nome do(a) requerente

venho requerer que seja realizada visita domiciliar/hospitalar ao (à) Sr.(a):

nome do(a) inativo(a) ou pensionista

na qualidade de: () magistrado () servidor inativo () pensionista

a ser realizada: () na residência () no hospital: _____

no endereço abaixo informado (*preenchimento obrigatório, com letra legível*):

Av./Rua _____

nº _____ Complemento _____

Bairro _____ Município/UF _____

Telefone(s): (_____) _____

E-mail: _____

Nome do responsável pelo contato: _____

Comprometo-me a entregar anexo a este formulário, ou no momento da visita, **original do laudo médico**, com o nome completo do paciente e assinatura do profissional com o CRM, com data não superior a 30 (trinta) dias do dia do comparecimento ao recadastramento, comprovando a impossibilidade de locomoção ou hipótese de moléstia grave.

Comprometo-me, ainda, a comunicar eventuais alterações posteriores que venham a ocorrer em relação à presente solicitação e/ou situação do(a) interessado(a).

_____, _____ de _____ de 2021.
(local)

assinatura do(a) requerente