



Estado de Goiás

Versão 7

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO PARA APOSENTADO POR INVALIDEZ

Segurado(a): _____

Data Nasc.: ____/____/____ CPF nº: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Res: _____ Comercial: _____ Celular : _____

E-mail: _____ Órgão de Origem: _____

Na qualidade de segurado(a) do Regime Próprio de Previdência gerido pela GOIASPREV, venho requerer o auxílio para aposentado por invalidez, o **acréscimo de 25%** () sobre meus proventos em razão de necessitar da assistência permanente de outra pessoa, conforme os arts. 43 e 43-A da Lei Complementar nº 77/10 ou **acréscimo de 20%** () para os militares, nos termos do art. 74, II da Lei nº 11.866/92.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

1. Cópia da carteira de identidade e CPF;
2. Comprovante de endereço com CEP;
3. Ato de aposentadoria ou reforma;
4. Laudo médico atestando a necessidade permanente de assistência de outra pessoa;
5. Último contracheque.

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Os processos poderão ser autuados na GOIASPREV, no órgão de origem ou nas unidades do Vapt Vupt e encaminhados à Gerência da Junta Médica Previdenciária – GEMED da GOIASPREV;
2. Tratando-se de requerimento feito via procuração, esta deverá ser emitida para o fim específico a que se presta, sendo necessária a anexação de cópia de RG e CPF do procurador e do outorgante;
3. A não apresentação de um dos documentos acima impossibilita o andamento do processo;
4. O acréscimo somente poderá ser concedido para segurados que foram aposentados por invalidez e que recebam proventos não superior ao teto dos benefícios do RGPS.

() **Ciente da necessidade de agendamento de perícia médica pelo telefone: (62) 3269.4310, a partir de 20 (vinte) dias da data de autuação do processo.**

Goiânia, ____ de ____ de 20____.

(Assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)