

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de Nascimento: |  | Nacionalidade: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rua/Av. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Complemento: |  | Cidade: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Estado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sexo: | M:[ ]  | F: [ ]  | CEP: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOC. INSCRIÇÃO – (Nº e Série)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estado Civil: | [ ]  Solteiro [ ]  Casado |  | **TEM OUTRA ATIVIDADE COM****VINCULAÇÃO À PREVIDENCIA SOCIAL?** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  Viúvo [ ]  Desq/Divor |  | [ ]  Sim | [ ]  Não |

**ASSINATURA DO REQUERENTE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO PROCURADOR OUCURADOR: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENDEREÇO: |  |

**ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMPRESA: |  | Nº CNPJ: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUA/AV.: |  | Nº: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COMPLEMENTO: |  | BAIRRO: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CIDADE: |  | ESTADO: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CEP: |  | **CID:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AFASTADO POR:** |  [ ]  DOENÇA |  [ ]  ACIDENTE DE TRABALHO |  [ ]  FÉRIAS |  [ ]  ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA |

**DEPENDENTES PARA SARÁRIO FAMÍLIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRENOME DOS****FILHOS** | **DATA NASC.** | **PRENOME DOS****FILHOS** | **DATA NASC.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOCALIDADE: |  | DATA: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I N S T R U Ç Õ E S**

**1 – O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.**

**2 – No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.**

**3 – No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário – Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.**

**4 – Para agilizar o atendimento, veja aqui os documentos que deverão ser apresentados no dia da perícia médica.**