



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

Viúvo Desq./Divor.

**TEM OUTRA ATIVIDADE COM
VINCULAÇÃO À PREVIDÊNCIA
SOCIAL ?**

Sim Não

ASSINATURA DO REQUERENTE _____

NOME DO PROCURADOR OU _____
CURADOR: _____
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 DO TRABALHO FÉRIAS ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.	PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LOCALIDADE: _____ DATA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA

INSTRUÇÕES

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