



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome	Data de Nascimento	Nacionalidade
Endereço	Nº	
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP
Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado	Tem outra atividade com vinculação à previdência social ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Assinatura : _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa:	Nº CNPJ	
Endereço:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado	CEP
Último dia de trabalho do segurado	Afastado por: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias	

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.

Localidade :	Data :
--------------	--------

Assinatura do responsável e carimbo do CGC da Empresa

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados