

**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"/>
<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 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.

**IMPRIMIR**