

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome	Data de Nascimento	Nacionalidade
Endereço	Nº	
Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	CEP
Sexo ☐ Masc ☐ Fem.	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Desquitado/Divorciado	Tem outra atividade com vinculação à previdência social? ☐ Sim ☐ 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: ☐ Doença ☐ Acidente do trabalho ☐ 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 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.