



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 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