

ANEXO À INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 16/INSS/PRES, DE 27 DE MARÇO DE 2007



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

NOME DATA NASCIMENTO NACIONALIDADE

RUA/AV. Nº

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP

SEXO MASC. FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série)

ESTADO CIVIL SOLTEIRO CASADO TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO
 VIÚVO DESQ/DIV À PREVIDÊNCIA SOCIAL ? SIM. NÃO

ASSINATURA _____

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR

ENDEREÇO

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA Nº CNPJ

RUA/AV. Nº

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO CID

AFASTADO POR DOENÇA ACIDENTE DO TRABALHO FÉRIAS

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
- 4 - 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.