



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome: SIVETE DE LIMA SILVA		Data Nascimento: 26/11/1983	Nacionalidade: Brasileiro
Rua/Av.: Estrada municip DAS ACACIAS			Número: 469
Complemento: B		Bairro: VILA RICA	
Cidade: EXTREMA	Estado: MG		CEP: 37640-000
Sexo: () Masculino (X) Feminino		Documento Inscrição - (Nº e Série):	
Estado Civil: (X) 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: CLUBE DE AUTOCURA POUSADA E SPA LTDA		Nº CNPJ: 17.114.222/0001-38
Rua/Av.: Rua R DAS ACACIAS		Número: 510
Complemento:		Bairro: DO MORRO GRANDE
Cidade: EXTREMA	Estado: MG	CEP: 37640-000
Último dia de Trabalho do Segurado: 24/04/2025	CID: Z039	
Afastado por: (X) Doença () Acidente de Trabalho () Férias		

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS	DATA DE NASCIMENTO

EXTREMA - MG 21/07/2025

Assinatura do Responsável e Carimbo do CNPJ da Empresa

INSTRUÇÕES

- 1- O requerimento deve ser sem rasuras e preenchimento à máquina ou computador;
- 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.