

**Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos**

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome		Data de Nascimento	Nacionalidade
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço			Nº
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Complemento		Bairro	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Cidade		Estado	CEP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo		Doc. Inscrição (Nº e Série)	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<input type="text"/>	
Estado Civil		Tem outra atividade com vinculação a previdência social:	
<input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Viuvo <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Desquitado/Divorciado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Nome do Procurador ou Curador
<input type="text"/>
Endereço
<input type="text"/>

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO (Preenchido pelo RH da ANGRAPREV)

Empresa ANGRAPREV – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE ANGRA DOS REIS		Nº CNPJ 10.590.600/0001-00	
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO GONÇALVES		Nº 231	Bairro PARQUE DAS PALMEIRAS
CIDADE ANGRA DOS REIS		UF RJ	CEP 23906-540
Ultimo dia de trabalho do segurado	<input type="text"/>	Afastado por: <input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Férias <input type="radio"/> Acidente de Qualquer Natureza	

PRENOME DOS FILHOS	DATA DE NASCIMENTO	PRENOME DOS FILHOS	DATA DE NASCIMENTO
<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"/>

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável e Carimbo do CGC da Empresa

<p>10.590.600/0001-00</p> <p>INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL - ANGRAPREV</p> <p>Parque das Palmeiras – CEP 23.906-540 ANGRA DOS REIS - RJ</p>
--

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.