

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Recursos Humanos  
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

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

Angra dos Reis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente

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

**ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO (Preenchido pelo SAD.SUGEP)**

<b>Empresa</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS		<b>Nº CNPJ</b> 29.172.467.0001-09	
<b>Endereço</b> PRAÇA NILO PEÇANHA	<b>Nº</b> 186	<b>Bairro</b> CENTRO	
<b>Cidade</b> ANGRA DO S REIS		<b>Estado</b> RJ	<b>CEP</b> 23900-000
<b>Ultimo dia de trabalho do segurado</b>	<input type="text"/>	<b>Afastado por:</b> <input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Férias <input type="radio"/> Acidente de Qualquer Natureza	

**DEPENDENTES PARA O SALÁRIO FAMÍLIA**

PRENOME DOS FILHOS	DATA NASCIMENTO	PRENOME DOS FILHOS	DATA 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

<b>29.172.467/0001-09</b>
<b>Município de Angra dos Reis</b>
<b>Centro – CEP 23.900-000</b>
<b>ANGRA DOS REIS - RJ</b>

**INSTRUÇÕES**

- O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
- No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 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.