



DADOS FUNCIONAIS:

NOME:		CPF:
E-MAIL:		TELEFONE/CELULAR:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:		MATRICULA:
SECRETARIA:		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
DESTINATÁRIO:		

É IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO

- Preenchimento dos dados acima;
- Documentos pessoais: Identidade, CPF, Comprovante de Endereço;
- **ATESTADO MÉDICO;**
- Questionário para Benefício Por Incapacidade Temporária – INSS.

OBSERVAÇÃO:[illegible]

ANÁPOLIS, DE 20

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

QUESTIONÁRIO PARA BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – INSS

NOME: _____

CPF: _____

1. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () União Estável

2. Contribui para a Previdência de outra forma ou possui outro vínculo empregatício? () Sim () Não

Qual? _____

3. Possui filhos menores de 14 anos? () Sim () Não

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

4. Último dia trabalhado: ____/____/____

5. Está de férias? () Sim () Não

6. Houve outro afastamento nos últimos 60 dias (mesmo CID ou equivalente)? () Sim () Não

Período: _____ CID: _____

7. Endereço atual foi informado corretamente e CEP conferido no requerimento? () Sim

8. Telefone/WhatsApp para contato: _____

ATENÇÃO!

As informações prestadas serão utilizadas para o preenchimento do
Requerimento de Benefício por Incapacidade do INSS.

OBSERVAÇÕES:

Anápolis, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO REQUERENTE