



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA POR IDADE

<b>1. DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>			
NOME:			
DATA DE NASCIMENTO:		CPF:	
<b>2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO</b>			
CEP:		RUA:	
BAIRRO:		CIDADE:	ESTADO:
N <sup>os</sup> TELEFONE:			
<b>3. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO</b>			
<input type="checkbox"/>	Solicito aposentadoria da pessoa com deficiência regulamentada pela Lei Complementar 142.		
<input type="checkbox"/>	Autorizo a reafirmação da Data de Entrada do Requerimento (DER) para o dia no qual completo os requisitos necessários para a concessão da aposentadoria.		
<input type="checkbox"/>	Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:		
	<input type="radio"/> Conta corrente individual	<input type="radio"/> Conta corrente conjunta	<input type="radio"/> Conta poupança
	Banco:	Agência (c/ DV):	Conta (c/ DV):
<input type="checkbox"/>	Opto em receber comunicações e autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no e-mail, nos termos do §3º do Art. 42 do anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS de 11/11/2011.		
	E-MAIL:		

Pelo presente, declaro, sob pena de incorrer na prática do crime previsto o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ser completas e verdadeiras as informações acima expostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Localidade Data Assinatura

<i>Preencher quando o requerente for representante legal</i>	
NOME:	CPF: