Comprovante do Requerimento

Requerimento: 187365967 Benefício Nº: 6227463667 Data: 24/04/2018

| Dados Do Requerimento |
|---|
| NIT (PIS/PASEP): 19002160901 |
| Nome: MARCELO OJEDA TORRILHAS |
| Endereço: MASSARANDUBA, 0 |
| Bairro/Município/UF/CEP: RETIRO DO BOSQUE / / / |
| Agência: GOIANIA CENTRO |
| Endereço da Realização da Perícia: AV GOIAS, N 371, TERREO N 736 |
| Bairro/Município/UF/CEP da SETOR CENTRAL / GOIANIA / GO / 74005010 Perícia: |
| Exame médico-pericial agendado para: 30/04/2018 08:00 |
| CNPJ, CGC ou CEI: 26444529000198 |
| Data do último dia de trabalho: 11/04/2018 |
| Termo de Responsabilidade |
| Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas. |
| Data:// |
| Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa Assinatura |
| Observação — |
| Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos: a. Documento de IDENTIDADE Original; |
| b. EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua; |
| c. Se <u>empregado</u>, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento; |
| d. Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de |
| salário-família, caso informado; |
| |
| salário-família, caso informado; |
| salário-família, caso informado; e. Se <u>segurado especial(trabalhador rural)</u> , apresentar a documentação que comprove a atividade; 2. A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço <u>www.previdencia.gov.br</u> ou ligando para o número 135 da |

Imprimir