INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA POR IDADE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO			
NOME:			
DATA DE NASCIMENTO:		CPF:	
2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO			
CEP:	RUA:		
BAIRRO:	CIDADE:		ESTADO:
Nos TELEFONE:			

3. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO			
☐	Solicito aposentadoria da pessoa com deficiência regulamentada pela Lei Complementar 142.		
☐	Autorizo a reafirmação da Data de Entrada do Requerimento (DER) para o dia no qual completo os requisitos necessários para a concessão da aposentadoria.		
☐	Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:		
	◯ Conta corrente individual	◯ Conta corrente conjunta	◯ Conta poupança
	Banco:	Agência (c/ DV):	Conta (c/ DV):
☐	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*

Preencher quando o requerente for representante legal	
NOME:	CPF: