

REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL - MSPREV

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes – Campo Grande

CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: www.ageprev.ms.gov.br**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-INVALIDEZ – v. 1.5****ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO DO SEGURADO****IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO**

NOME COMPLETO

NOME SOCIAL

PRONTUÁRIO//MATRÍCULA

RG (Nº E EMISSOR)

CPF

PIS/PASEP

ATO DE CONCESSÃO DA APOSENTADORIA

DATA DA PUBLICAÇÃO

PROCESSO DA APOSENTADORIA (Nº)

ÓRGÃO DE ORIGEM DA CONCESSÃO DA APOSENTADORIA OU REFORMA

ENDEREÇO RESIDENCIAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ESTADO

CEP

EMAIL

TELEFONE(S)

REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO

RG (Nº E EMISSOR)

CPF

EMAIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

MUNICÍPIO

ESTADO

TELEFONE(S)

REQUERIMENTO

O Segurado acima identificado requer a concessão e o pagamento de auxílio-invalidez, tendo em vista o parecer perícia médica previdenciária, constante do laudo anexo, com fundamento:

[] **SERVIDOR CIVIL:** *art. 39 da Lei nº 3.150/2005 - Ao segurado aposentado por invalidez que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será paga uma parcela complementar de vinte e cinco por cento, após pronunciamento da perícia médica do MSPREV.*

[] **MILITAR:** *art. 22 da Lei Complementar nº 127/2008 - O militar estadual da ativa que foi ou que venha a ser reformado por incapacidade definitiva e considerado inválido, impossibilitado total e permanentemente para qualquer trabalho, que não possa prover os meios de subsistência, fará jus ao benefício previdenciário no valor de vinte por cento do subsídio inicial do posto ou da graduação ocupado.*

_____, _____ DE _____ DE _____

ASSINATURA REQUERENTE ou REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTOS (assinale aqueles que estão sendo recebidos)

ORIGINAL: [] Laudo médico atualizado e Boletim de Inspeção Médica, com identificação do CID específico;
CÓPIA: [] Exames Complementares [] do RG do Segurado; [] do CPF do Segurado; [] do RG e CPF do representante legal, quando for o caso; [] publicação do ato de aposentadoria no Diário Oficial; [] último holerite do pagamento em atividade ou do pagamento do benefício; [] comprovante de residência.

ATENÇÃO: Só serão aceitas cópias autenticadas em cartório ou por veracidade atestadas por servidor público ou do órgão/entidade de lotação, identificado por carimbo contendo a expressão 'confere com o original' e nome completo, cargo e matrícula do agente que atestar.