

**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](http://www.ageprev.ms.gov.br/)

**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO INVALIDEZ – v. 2.1**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(­­­­­­Nome completo)

**Matrícula** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no **CPF** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aposentado(a) por invalidez/incapacidade permanente do cargo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem mui respeitosamente requerer a concessão e o pagamento de auxílio-invalidez, nos termos do:

[ ] **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*

Declaro estar ciente de que, caso deferido, o benefício será concedido por 6 meses, podendo ser prorrogado por igual período mediante apresentação de novos exames médicos que serão submetidos a Perícia Médica Previdenciária, nos termos do artigo 40, §2º do Decreto n. 15.855, de 11 de janeiro de 2022.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE UF DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS** (assinale  aqueles que estão sendo recebidos) |
| [ ] Documento Oficial com foto [ ] Laudo médico atualizado [ ] Exames complementares  [ ] Publicação do ato da inatividade no Diário Oficial |