|  |
| --- |
|  ( )Primeiro atendimento on line |
|  ( ) INSS – CONCESSÃO OU RESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO DOENÇA |
| * estado civil:
 |
| * profissão:
 |
| * email:
 |
| * telefones para contato:
 |
| Qual atividade exercia quando foi acometido pela doença incapacitante?Quais os sintomas ou o que sente que o incapacita para o trabalho?Faz uso de medicamentos e/ou submete-se a algum tipo de tratamento? Quais?Indique em qual especialidade médica gostaria de fazer perícia médica:**Relate de forma simples outros fatos que ocorreram ou outras informações que sejam pertinentes a petição inicial:**( ) A parte autora está ciente que as ações ajuizadas nos juizados federais possuem um limite de 60 salários mínimos e que deve renunciar a qualquer valor que exceda este limite. |
| INFORMACOES IMPORTANTES:DOCUMENTOS QUE PRECISAM SER JUNTADOS AO PEDIDO* Identidade;
* CPF;
* Comprovante de residência;
* Decisão do INSS que negou o benefício;
* Laudo médico que conste a incapacidade para o trabalho, o ideal é que conste as doenças ou os códigos das mesmas para constar na petição inicial;
* Outros documentos que julgar necessários (ex: outros laudos, comprovação de qualidade de segurado, se for o caso, comprovantes de tratamentos que realiza...).
 |