|  |
| --- |
| ( )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...). |