



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## REQUERIMENTO DE SALÁRIO MATERNIDADE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	
2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO		
CEP:	RUA:	
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
N <sup>OS</sup> TELEFONE:		
3. FATO GERADOR DO SALÁRIO MATERNIDADE		
<input type="radio"/> Afastamento previsto no §1º do art. 392 <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Adoção <input type="radio"/> Aborto		
4. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Declaro estar desempregada(o) sem atividade remunerada. A extinção do último contrato de trabalho mantido com a empresa _____ ocorreu:	
	<input type="radio"/> Em decorrência de pedido de demissão.	
	<input type="radio"/> Por justa causa – art. 482 da CLT.	
	<input type="radio"/> Em decorrência de dispensa sem justa causa, ocorrida no período compreendido entre o início da gravidez até cinco meses após o parto.	
	<input type="radio"/> Devido ao encerramento de contrato por prazo determinado no prazo pré-fixado.	
	<input type="radio"/> Rescisão contratual antes do início da gravidez.	
<input type="checkbox"/>	Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:	
	<input type="radio"/> Conta corrente individual	<input type="radio"/> Conta corrente conjunta <input type="radio"/> Conta poupança
	Banco:	Agência (c/ DV): Conta (c/ DV):
<input type="checkbox"/>	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: