**COMUNICAÇÃO DE GOZO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO**

**Identificação do Beneficiário:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| NACIONALIDADE |  | ESTADO CIVIL |  |
| DATA DE NASCIMENTO  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  |  |
| ÓRGÃO EXPEDIDOR |  |
| CPF |  |
| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR – NIT |  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL |  |
| MUNICÍPIO/UNIDADE DA FEDERAÇÃO |  |
| CEP |  | TELEFONE |  |
| LOCAL DE LOTAÇÃO |  |

**Tipo de Benefício:**

* Auxílio-doença
* Auxílio-acidente
* Salário-maternidade
* Reabilitação profissional
* Prorrogação de benefício \*
* Pensão por morte
* Aposentadoria por invalidez
* Aposentadoria por idade
* Aposentadoria por tempo de contribuição
* Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Data do último dia trabalho:**  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Data do início do gozo do benefício:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Data do final do gozo do benefício:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Data prevista para retorno às atividades:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Local/UF*, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Participante dos Programas de Provisão de Médicos

(\*) No caso de prorrogação de benefício o interessado deverá informar a data de início da prorrogação do gozo do benefício, bem como a data final do gozo e a data prevista para retorno às atividades. Sempre que houver prorrogação o interessado deve informar as novas datas, sob pena de devolução de valores recebidos indevidamente.

O horário de funcionamento das unidades do Ministério da Saúde, inclusive nos seus Núcleos Estaduais, compreende o período das 7h às 21h, de segunda-feira a sexta-feira.