

SEGURO DE ACIDENTES DO TRABALHO

Modo de requerer o Benefício
(Compensatório) por Ausência no Serviço e a
Pensão (Compensatória) por Lesão e Doença

Quando o trabalhador
estiver afastado do serviço e
portanto sem remuneração, por estar
em tratamento de doenças contraídas
no serviço ou de lesão decorrente de
acidente ocorrido no trabalho
ou no trajeto ao trabalho.

Ministério do Trabalho

Departamentos das Normas Trabalhistas Metropolitanas e Provinciais
Inspetorias das Normas Trabalhistas



Sobre o benefício (compensatório) por Ausência no Serviço

Quando o trabalhador estando em tratamento médico por lesão ou doença resultante de acidentes de trabalho ou ocorridos no trajeto ao trabalho e não tiver condições de trabalhar ficando sem remuneração, terá direito, a partir do quarto dia de afastamento, ao Benefício Compensatório por Ausência no Serviço (se for acidente do trabalho) ou o Benefício por Ausência no Serviço, (se for acidente ocorrido no percurso de ida e volta ao local de trabalho, Ambos os benefícios são designados doravante 'Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço').

Descrição do benefício

Estar em tratamento de lesão ou doença por motivo relacionado ao seu emprego ou ao percurso ao local de trabalho ; estar incapacitado para trabalhar ; não ter remuneração ; desde que preencha estas três condições, a partir do quarto dia de afastamento do serviço, será liberado o Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço' e o 'Auxílio Especial por Ausência no Serviço'. O valor é calculado da seguinte forma :

Benefício (comp.) por ausência = (60% da diária básica do benefício) × total dos dias de falta ao serviço

Auxílio especial por ausência = (20% da diária básica do benefício) × total dos dias de falta ao serviço

Os três primeiros dias de ausência no trabalho é chamado de prazo de aguarda e, em caso de acidente no serviço, ficarã a cargo do empregador ressarcir o prejuízo do afastamento (60% dos vencimentos regulares pagos ao trabalhador), conforme estipula o regulamento da lei das normas trabalhistas.

Além disso, no caso de o trabalhador ter exercido atividade durante uma parte do expediente determinado de trabalho, a quantia ganha por esse trabalho exercido será deduzida da diária básica do benefício e a quantia liberada será de 60% desta diária.

Diária Básica do Benefício

A diária básica do benefício é, em princípio, a quantia equivalente à média salarial da Lei das Normas Trabalhistas. Ou seja, a média calculada com base nos três meses imediatamente anteriores ao dia do acidente do serviço ou de acidente no percurso de ida e volta ao trabalho, que causou a lesão ou a morte do trabalhador ; ou nos três meses anteriores a contar do dia em que o médico atestou a doença que ele contraiu, (se houver dia fixo de fechamento do salário, o fechamento mais próximo ao dia do acidente), O total dos vencimentos do trabalhador neste período é dividido pelo total de dias civis, e o resultado, ou seja, a quantia correspondente a um dia, será a quantia da diária básica do benefício.

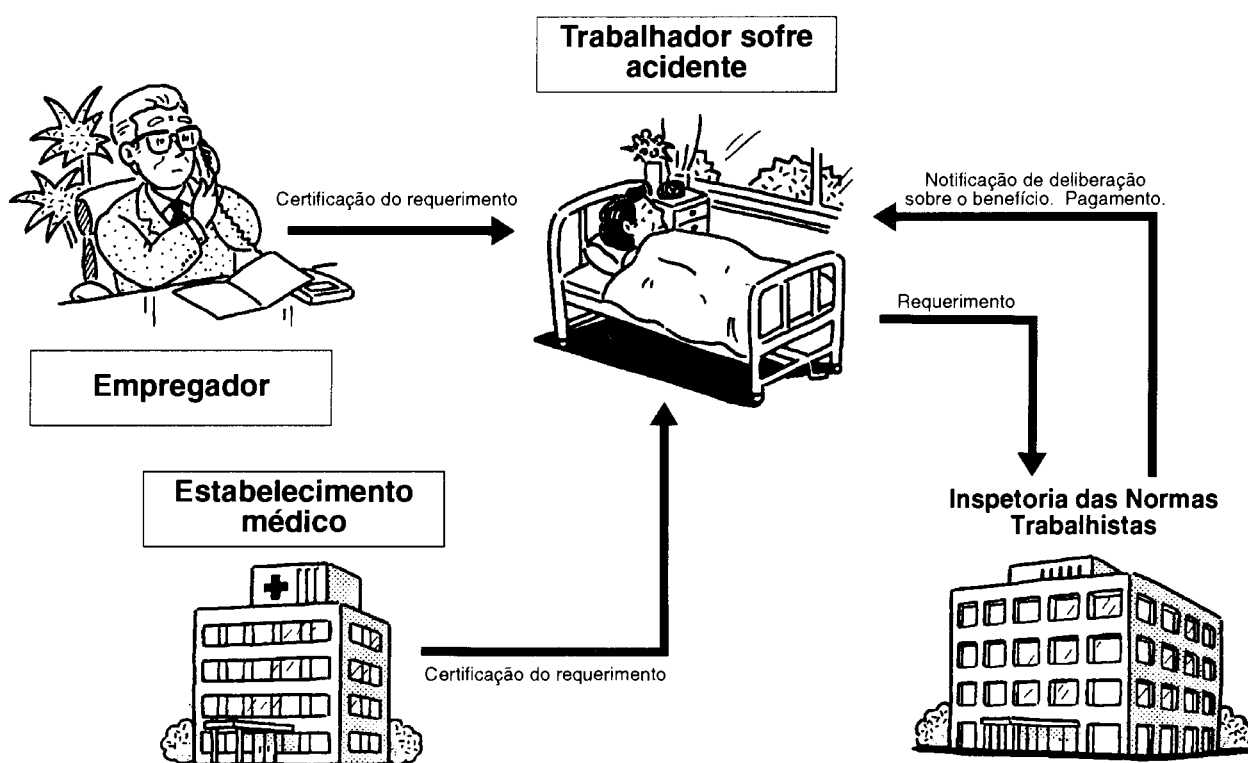
Quando houver alteração superior ou inferior a 10% na remuneração, com relação ao dia do acidente ou ao dia em que contraiu a doença (em caso de reajuste, à data do reajuste), a quantia da diária básica utilizada no cálculo do Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço terá seu valor ajustado no mesmo índice de reajustamento havido. Além disso, decorrido o prazo de um ano e seis meses a contar do início do tratamento, será aplicado o padrão da quantia máxima/mínima liberada, conforme a faixa etária. (Quantia da diária básica do Benefício de Ausência no Serviço)

Quanto à diária básica do benefício utilizada como base no cálculo do benefício em forma de pensão (Pensão (compensatória) por Lesão e Doenças, Pensão (Compensatória) por Invalidez e a Pensão (Compensatória) por Morte, será também ajustada no mesmo índice de reajuste na remuneração, do ano fiscal em que o empregado sofreu o acidente ou contraiu a moléstia e o anterior (em caso de reajuste, à data do reajuste) ; havendo também aplicação do padrão quantia máxima/mínima liberada conforme a faixa etária (diária básica do Benefício de Pensão). O padrão da quantia mínima/máxima liberada é aplicado desde o primeiro mês de concessão.

O ônus parcial

Aos beneficiários da Cobertura de despesas de Assistência Médica por acidentes ocorridos no trajeto ao trabalho será cobrada uma taxa de 200 ienes como ônus parcial (aos segurados especiais diaristas, a quantia de 100 ienes) na primeira liberação do Benefício por Ausência.

Modo de requerer



Para requerer o Benefício (Compensatório) por Ausência no serviço, é preciso apresentar o requerimento do Benefício Compensatório por Ausência no serviço (modelo No. 8) ou o Requerimento do Benefício por Ausência no Serviço (modelo No. 16-6) ao diretor da respectiva Inspetoria das Normas Trabalhistas. A solicitação pode ser integral, ou seja, do total dos dias de afastamento do serviço, como também parcelada. Mas se o prazo de afastamento for prolongado é aconselhável requerer-se cada mês.

No caso de haver nos dias “sem remuneração” pela razão de estar em tratamento de lesão ou

doenças decorrentes do trabalho, algum dia durante o qual uma parte do expediente o trabalhador exerceu atividade, deve-se apresentar o formulário 2 anexo, tanto do modelo No. 8 quanto do No. 16.6.

A solicitação do Auxílio Especial por Ausência no Serviço, em princípio, é feita concomitante com a do Benefício (Compensatório) por Ausência no mesmo formulário do benefício referido.

Período de validade do requerimento

O direito de requerer o Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço é devido ao empregado a cada dia de afastamento compulsório por tratamento, portanto sem remuneração. No entanto, é importante observar que sua validade limita-se ao período de dois anos a contar do dia imediato à cada dia de afastamento.

Exemplo de preenchimento do requerimento

A - 2

様式第8号(表面) 労働者災害補償保険 標準字体

A - 1 休業補償給付支給請求書 第 何 番 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分) イ キ シ チ ニ ヒ ミ リン
ウ ク ス ツ フ ム ユ ル
エ ケ セ テ ネ ヘ メ シ
オ コ ソ ト ノ ホ モ ヨ ロ

〇濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ^ハハ[。]

(注意) 記入枠の部分は、必ず黒いボールペンで記入してください。記入した文字は、必ず黒いボールペンで消すことができます。消すときは、必ず黒いボールペンで消してください。消すときは、必ず黒いボールペンで消してください。

※ 3 4 3 0 0

② 労働保険番号 A - 3

③ 新趣再別 ④ 受付年月日

⑤ 労働者の性別 ⑥ 労働者の生年月日 ⑦ 傷病又は発病年月日

⑧ 業種別 ⑨ 業務種別 ⑩ 特別給付大

⑪ 日数決定 ⑫ 特別支給 ⑬ 特別給付

⑭ 平均金

⑮ 特別給与の額

⑯ 傷病の部位及び傷病名 A - 25

⑰ 療養の期間 A - 26

⑱ 療養の現況 A - 27

⑲ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

⑳ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉑ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉒ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉓ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉔ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉕ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉖ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉗ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉘ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉙ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉚ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉛ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉜ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉝ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉞ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㉟ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊱ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊲ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊳ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊴ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊵ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊶ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊷ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊸ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊹ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊺ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊻ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊼ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊽ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊾ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

㊿ 療養のため労働することができなくなったと認められる期間

上記により休業補償給付の支給を請求します。休業特別支給金の支給を申請します。

A - 31 年 月 日

請求人の住所 A - 34 (方)

請求人の氏名 A - 35 A - 36

A - 37 労働基準監督署長 殿

(物品番号 7231) 8.5

Ser for acidente ocorrido no trajeto ao trabalho, usar o formulário No 16. 6.

Especificar o dia em que aconteceu o acidente ou começou a apresentar os sintomas da doença.

Não preencher no item marcado com um asterisco (*).

Encervar o total em dias do período em que ficou afastado do serviço por estar em tratamento, e o total dos dias sem remuneração.

Se deseja receber o pagamento do benefício através de conta em banco ou outra instituição financeira, escreva o número de uma conta da qual o próprio solicitante seja o titular.

É necessária a certificação do empregador.

Preenche-se este item quando o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado é filial, fábrica ou local de construção que adota a cobertura coletiva.

É preciso a certificação do encarregado pelo tratamento (médicos e dentistas).

- A - ① -----> 1. Este é o Requerimento do Benefício Compensatório por Ausência no serviço e o Requerimento de Auxílio Especial por Ausência no Serviço.
- A - ② -----> 2. Se for acidente de trajeto ao trabalho, use o formulário 16, 6 (様式16号の6) .
- A - ③ -----> 3. Preencher com o número de seguro do trabalhador (pedindo ao empregador que confira o número.)
- A - ④ -----> 4. Espaço para indicar o sexo do trabalhador acidentado. Escreva [1] , se for masculino e [3] , se for feminino.
- A - ⑤ -----> 5. Data de nascimento do trabalhador acidentado. (Escreva o ano correspondente ao calendário japonês.)
- A - ⑥ -----> 6. Data em que sofreu acidente ou começou a apresentar os sintomas da doença. (Escreva o ano correspondente ao calendário japonês).
- A - ⑦ -----> 7. Nome completo do trabalhador acidentado.
- A - ⑧ -----> 8. Pronúncia do nome do trabalhador em caracteres 'katakana' (silabário japonês). (Se for pedir para alguém preencher, pronuncie claramente cada sílaba do nome e sobrenome para que a pessoa possa escrever).
- A - ⑨ -----> 9. Idade do trabalhador acidentado.
- A - ⑩ -----> 10. Endereço do trabalhador acidentado.
- A - ⑪ -----> 11. Encrever a data do período em que ficou incapacitado de trabalhar : desde... (ano)/(mês)/(dia) a...(ano)/(mês)/(dia) ; (escrever o ano correspondente ao calendário japonês.)
- A - ⑫ -----> 12. Encrever o total em dias do período em que ficou afastado do serviço por estar em tratamento médico.
- A - ⑬ -----> 13. Do total de dias do item anterior, escrever o total dos dias que não teve remuneração.
- A - ⑭~⑳ -----> 14-20. Espaço para registrar pela primeira vez dados sobre conta em instituição financeira através da qual deseja receber o pagamento do benefício ou para alterar dados já registrados. No 14, assinale um círculo a palavra 「新規」 ('shinki') se for registro inicial e a palavra 「変更」 ('henkoo') se for alteração de dados. 15 : nome da instituição financeira ; 16 : nome da agência ; 17 : nome do titular da conta ; 18 : número da conta ; 19 : nome completo do titular da conta em caracteres 'katakana' (silabário japonês) ; 20 : tipo da conta, se for de poupança, escrever [1] , se for conta corrente, escrever [3] .
- A - ㉑~㉓ -----> 21-23. Itens que o empregador deverá preencher, atestando quando e como o trabalhador sofreu o acidente : em 21, a denominação do estabelecimento ; 22 : endereço do estabelecimento ; 23 : nome do empregador. Ao preencher estes dados, o empregador estará atestando a ocorrência do acidente.
- A - ㉔ -----> 24. Preenche-se este item quando o local de trabalho à qual o trabalhador está diretamente vinculado, é a filial, fábrica ou local de construção que adota a cobertura coletiva.
- A - ㉕~㉗ -----> 25-30. Itens que médicos ou dentistas deverão preencher. No 25, a(s) parte(s) do corpo lesionada(s) ou a denominação da doença ; 26 : o período de tratamento ; 27 : a descrição da evolução da lesão ou da doença ; 28, a localização do hospital ou clínica ; 29 : nome do hospital ou da clínica ; 30 : nome do encarregado pelo tratamento.
- A - ㉘ -----> 31. Data de apresentação do requerimento.
- A - ㉙ -----> 32. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- A - ㉚ -----> 33. Número do telefone do solicitante.
- A - ㉛ -----> 34. Endereço do solicitante.
- A - ㉜ -----> 35. Nome completo do solicitante.
- A - ㉝ -----> 36. Espaço para o carimbo pessoal, mas aceita-se também assinatura.
- A - ㉞ -----> 37. Nome da Inspetoria das Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.

- B - ① -----> 1. Função do trabalhador acidentado. Seja o mais específico possível para que fique claro a atividade por ele exercida.
- B - ② -----> 2. Hora exata em que sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.
- B - ③ -----> 3. Preencher com a quantia da média salarial.
- B - ④ -----> 4. O horário do expediente de trabalho : de...horas e... minutos a... horas e ... minutos.
- B - ⑤ -----> 5. Descreva com clareza o lugar onde aconteceu o acidente ; que tarefa o trabalhador desempenhava no momento do acidente ; com que objeto, em que circunstâncias ou em que condição ocorreu ; e como o acidente aconteceu.
- B - ⑥ -----> 6. Se é segurado da Pensão do Bem-estar social e outros correlatos, escrever o número da pensão básica.
- B - ⑦ -----> 7. Encrever adata em que obteve a categoria de segurado da Pensão do Bem-estar Social e outros correlatos.
- B - ⑧ -----> 8. Assinale em círculo a letra [イ] no caso de tornar-se beneficiário da Pensão por Invalidez da lei do Seguro e Pensão do Bem-estar Social, e a letra [ロ] se for Pensão do Bem-estar Social por Invalidez, em decorrência desta lesão ou doença.
- B - ⑨ -----> 9. Assinale em círculo a letra [ハ] no caso de tornar-se beneficiário da Pensão por Invalidez da Lei da Pensão Nacional e a letra [ニ] se for a Pensão Básica de Invalidez, em decorrência desta lesão ou doença.
- B - ⑩ -----> 10. Assinale em círculo a letra [ホ] no caso de tornar-se beneficiário da Pensão por Invalidez da Lei do Seguro dos Navegantes, em decorrência desta lesão ou doença.
- B - ⑪~⑯ -----> 11-16. 48~52.Os itens 45 a 47 devem ser preenchidas apenas pelos que se lhes referem. 48: grau de invalidez pelo qual recebe sua pensão. 49: a quantia paga como pensão; 50: data de liberação de pensão; 51: código e numero da pensão Básica do certificado da Pensão; 52: nome do escritório de seguros sociais ou outros correlatos que cuida dos procedimentos da pensão.

Sobre a Pensão (Compensatória) por Lesão e Doença

O trabalhador que sofreu lesão ou adoeceu por motivo relacionado ao seu emprego ou no percurso de ida e volta ao local de trabalho e decorrido um ano e seis meses do início do tratamento, no próprio dia em que completa este prazo ou em data posterior, forem constatadas as duas condições descritas abaixo, terá direito à Pensão Compensatória por Lesão e Doença (se for acidente no serviço) ou à Pensão por Lesão e Doença (se for acidente de trajeto ao trabalho ; ambas as pensões são designadas em conjunto de 'Pensão (Compensatória) por Lesão Doença') :

- (1) Quando a lesão ou a doença não estiver consolidada
- (2) Quando a gravidade da seqüela se enquadrar em algum grau da tabela de classificação de graus de lesão e doenças.

Descrição do benefício

De acordo com o grau da lesão ou doença, será liberada a Pensão (compensatória) por Lesão e Doença, Auxílio Especial por Lesão e Doença e a Pensão Especial por Lesão e Doença.

Grau da lesão ou da doença	Pensão (Compensatória) por Lesão e Doença	Auxílio Especial por Lesão e Doença (integral)	Pensão Especial por Lesão e Doença
Primeiro grau	313 diárias básicas do benefício	1.140.000 ienes	313 diárias básicas de cálculo
Segundo grau	277 diárias básicas do benefício	1.070.000 ienes	277 diárias básicas de cálculo
Terceiro grau	245 diárias básicas do benefício	1.000.000 de ienes	245 diárias básicas de cálculo

*Mês de concessão da pensão

A Pensão (Compensatória) por Lesão e Doença será liberada a partir do mês subsequente ao mês em que se constatou serem aplicáveis as condições de liberação (1) e (2) descritas anteriormente. Será paga seis vezes ao ano, a saber, em fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro, no valor correspondente ao bimestre anterior.

Quantia da diária básica de cálculo

É em princípio, a quantia calculada com base ano imediatamente anterior ao do acidente de trabalho ou de trajeto ao trabalho que causou a lesão ou a morte do trabalhador, ou o ano anterior a contar do dia em que ao ser examinado se constatou a doença que ele contraiu. É o quociente do total das pagas de gratificação que o trabalhador recebeu do empregador durante o ano, tida como quantia anual básica de cálculo, dividida por 365.

Entanto, se o total da gratificação for superior em valor equivalente a 20% a quantia anual básica do benefício (quantia equivalente à diária básica do benefício multiplicada por 365), a quantia anual básica de cálculo será o valor equivalente a 20% da quantia anual básica do benefício ; apenas que este valor não ultrapassará de 1.500.000 ienes.

“Gratificação” aqui significa o pagamento (feito voluntariamente pelo empregador) que o trabalhador recebe em período trimestral ou períodos mais longos, tal como a paga adicional em empresas de nosso país, a qual está excluída da base do cálculo da quantia da diária básica do benefício : NÃO inclui pagamentos extraordinários por serviços além do comum.

*** Pensão (compensatória) por lesão e doença e o benefício (compensatório) por ausência no serviço :**

No caso de tornar-se beneficiário da Pensão (Compensatória) por Lesão e Doenças, a Cobertura (de despesas) de Assistência Médica continuará sendo paga, mas cessará a concessão do Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço.

Como requerer

A deliberação de conceder ou não a Pensão (Compensatória) por Lesão e doença ficará a cargo do diretor da respectiva Inspeção das Normas Trabalhistas, não havendo, portanto, procedimentos de solicitação. No entanto, quando, após decorridos um ano e seis meses do início do tratamento, a lesão ou a doença não estiver consolidada, durante o mês subsequente a este prazo será necessário apresentar ao diretor da respectiva Inspeção das Normas Trabalhistas o relatório sobre o estado da doença ou da lesão (formulário No 16, 2)

Além disso, quando, após decorridos um ano e seis meses do início do tratamento, o estado da enfermidade não preencher as condições de liberação da Pensão (Compensatória) por Lesão e Doença, ao solicitar no mês de janeiro de cada ano o Benefício (Compensatório) por Ausência no Serviço será preciso apresentar em anexo o relatório sobre o estado da lesão ou da doença. (formulário No 16.11)

Exemplo de preenchimento do requerimento

様式第16号の2

C-1 労働者災害補償保険

傷病の状態等に関する届

① 労働保険番号	府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	負傷又は ③ 発病 年月日	C-8 年 月 日
フリガナ	C-2						
氏名	C-3				C-4 (男・女)		
生年月日	C-5	年	月		C-6 (歳)	療養開始 ④ 年月日	C-9 年 月 日
フリガナ							
の住所	C-7						
⑤ 傷病の名称、 部位及び状態	C-10 (診断書のとおり。)						
⑥ 厚生年金保険等の 受給関係	基礎年金番号	C-11		被保険者資格 の取得年月日	C-12 年 月 日		
	年金の種類			厚生年金保険法の 国民年金法の 船員保険法の障害年金	イ 障害年金	ロ 障害厚生年金	C-13
	当該傷病に関 して支給され る年金の種類 等	障害等級		C-16	イ 障害年金	ロ 障害基礎年金	C-14
	支給される年金の額	C-17					C-15 級
	支給されることとなった年月日	C-18					年 月 日
	基礎年金番号・厚生等の 年金証書の年金コード	C-19					
	所轄社会保険事務所等	C-20					
⑦ 添付する書類 その他の資料名	C-21						
⑧ 年金の払渡しを 受けることを希 望する金融機関 又は郵便局	金融機関	名称	※ 金融機関 店舗コード		C-22	銀行・金庫 農協・漁協・信組	C-23 本店 支店 支所
		預金通帳の 記号番号	普通・当座 第		C-24	号	
	郵便局	※ 郵便局コード					
		フリガナ 名称	C-25		郵便局		
		所在地	都道府県	C-26	市郡 区		
郵便貯金通帳 の記号番号	第		C-27	号			

Preencher somente no caso de, em decorrência desta lesão ou doença, ser concedida a pensão do Seguro da Pensão do Bem-estar Social e outros.

- Tipos de pensão :
- Pensão (do Bem-estar Social) por Invalidez, da Pensão do Bem-estar Social
 - Pensão (Básica) por Invalidez I da Pensão Nacional
 - Pensão por Invalidez do Seguro dos Navegantes

Nome dos documentos anexos e outros materiais.

上記のとおり届けます。

郵便番号 C-30 -

C-28 年 月 日

電話番号 C-31 局番

住所 C-32

C-29 労働基準監督署長 殿

届出人の

氏名 C-33 C-34 印

- [注意] 1 ※印欄には記載しないこと。
2 記載すべき事項のない欄には斜線を引き、事項を選択する場合には該当のない事項を消すこと。
3 ⑧については、傷病補償年金又は傷病年金を受けることとなる場合において、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを金融機関から受けることを希望する者については「金融機関」欄に、傷病補償年金又は傷病年金の払渡しを郵便局から受けることを希望する者については「郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
なお、郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であって振替預入によらないときは、「郵便貯金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。

(物品番号 6315) 10.2

- C - ① -----> 1. Este é o relatório sobre o estado, etc. da lesão ou da doença.
- C - ② -----> 2. Escreva o número do seguro do trabalhador (pedindo ao empregador que confirme o número).
- C - ③ -----> 3. Nome do trabalhador acidentado.
- C - ④ -----> 4. Espaço para indicar o sexo do trabalhador acidentado. Se for masculino, faça um círculo em [男] (homem), se for feminino, assinalar [女] (mulher).
- C - ⑤ -----> 5. Data de nascimento do trabalhador acidentado.
- C - ⑥ -----> 6. Idade do trabalhador acidentado.
- C - ⑦ -----> 7. Endereço do trabalhador acidentado.
- C - ⑧ -----> 8. Preencher com a data em que sofreu a lesão ou começou a apresentar os sintomas da doença.
- C - ⑨ -----> 9. Preencher com a data em que começou o tratamento.
- C - ⑩ -----> 10. Denominação da doença ou da lesão, a(s) parte(s) do corpo afetada(s), e o estado em que se encontra.
- C - ⑪ -----> 11. Número da Pensão Básica em caso de estar inscrito na Pensão do Bem-estar Social e outros.
- C - ⑫ -----> 12. Data em que obteve a categoria de segurado da Pensão do Bem-estar Social, etc.
- C - ⑬ -----> 13. Assinalar em círculo [イ] ('i')se, em decorrência desta lesão ou doença, será liberada a Pensão por Invalidez da lei do Seguro de pensão do Bem-estar Social ; e faça o mesmo em [ロ] ('ro')se for a pensão do Bem-estar Social por invalidez.
- C - ⑭ -----> 14. Assinalar em círculo [イ] ('i')se, em decorrência desta lesão ou doença, será liberada a Pensão de Invalidez da lei da Pensão Nacional ; faça o mesmo em [ロ] ('ro')se for a Pensão Básica por Invalidez.
- C - ⑮ -----> 15. Assinalar um círculo se, em decorrência desta lesão ou doença, será liberada a pensão por Invalidez da lei do Seguro dos Navegantes.
- C - ⑯-⑳ -----> 16-20. Devem preencher somente aqueles aos quais se aplicam os itens 13. ~15. No 16 : o grau de invalidez correspondente à respectiva pensão. 17 : quantia que recebe como pensão. 18. Data em que começou a receber a pensão. 19 : Código e número da pensão básica do certificado da pensão. 20 : nome do escritório de seguros sociais, etc. que cuida dos procedimentos da pensão.
- C - ㉑ -----> 21. Se tiver documentos anexos, escrever o(s) respectivo(s) nome(s) neste item.
- C - ㉒-㉓ -----> 22-27. Itens para instituições financeiras ou correios através da qual deseja receber o pagamento da pensão. Para quem prefere instituições financeiras, escrever no 22 o nome do banco, 23 : nome da agência, 24 : número da conta. Para correios, 25 : nome do correio ; 26 : a localização ; 27 : número da conta.
- C - ㉔ -----> 28. Data de apresentação do requerimento.
- C - ㉕ -----> 29. Nome da Inspeção das Normas Trabalhistas cuja jurisdição abrange o local de trabalho a que o trabalhador está diretamente vinculado.
- C - ㉖ -----> 30. Código postal correspondente ao endereço do solicitante.
- C - ㉗ -----> 31. Número de telefone do solicitante.
- C - ㉘ -----> 32. Endereço do solicitante.
- C - ㉙ -----> 33. Nome completo do solicitante.
- C - ㉚ -----> 34. Espaço reservado para o carimbo pessoal, mas aceita-se também assinatura.





Ministério do Trabalho
Departamentos das Normas Trabalhistas metropolitanas e provinciais
Inspetorias das Normas Trabalhistas