

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Juiz(a) Federal do Juizado Especial Federal de _____

OBJETO: RESTABELECIMENTO DE AUXILIO DOENÇA

Nome		
Nacionalidade		
Estado Civil		
CPF		
RG		
Profissão		
Endereço	Rua/Av.:	
	Cidade:	UF:
	Tel:	
Doença(s) que causa(m) incapacidade para o trabalho:		
Motivo(s) da incapacidade para o trabalho (habilidades prejudicadas pela doença, como impossibilidade de fazer esforço físico, de andar, de ficar em pé por muito, etc.):		
Número do benefício cessado:		
Data da cessação do auxílio-doença (caso o benefício tenha sido deferido e posteriormente cancelado):		
Motivo da cessação do auxílio-doença:		
Medicamentos em uso e/ou tratamentos a que se submete:		

O(A) Autor(a) acima qualificado(a) vem propor ação em face do **INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**.

Afirma o(a) Autor(a) preencher todos os requisitos que autorizam o restabelecimento do benefício de auxílio doença, não estando em condições de exercer seu labor. Dessa forma, requer:

1. A citação do INSS para responder aos termos da demanda.
2. A condenação do INSS a restabelecer o auxílio-doença, pagando os valores atrasados desde ____/____/____, com correção monetária e juros de mora.
3. Caso seja comprovada incapacidade total e permanente para o trabalho, que seja o INSS condenado a conceder aposentadoria por invalidez.
4. A concessão do benefício da assistência judiciária por não possuir o(a) Autor(a), na forma da lei, condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.
5. A realização de perícia(s) médica(s) na(s) especialidade(s) de _____, para constatar a real situação da parte autora, consignando-se no laudo se a incapacidade é de caráter permanente;
6. A concessão de tutela antecipada, determinando o restabelecimento imediato do benefício, haja vista sua natureza alimentar, além de constituir a única fonte de renda da parte autora, que dela necessita para custear suas despesas pessoais e medicamentos, sob pena de interrupção do tratamento e agravamento da patologia;

Dá à causa o valor de R\$ _____ (_____) e renuncia a qualquer quantia acima de 60 (sessenta) salários mínimos.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____/____/____.

Assinatura do(a) Autor(a)