bases
FUNDAÇÃO BANEB DE SEGURIDADE SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS
PLANO MISTO I

1. DADOS DO (A) PARTICIPANTE

Nome:				Matrícula Patrocinador:	FOTO
CPF:	Data Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalidade:	Sexo:	
Identidade:	Data Expedição:	Órgão:	Data de Admissão:	Data de Adesão:	
Nome do Pai:		Nome da Mãe:			
Nome do Cônjuge:					Estado Civil:
Nº do Benefício INSS:	Data da Aposentadoria INSS:	Valor da Aposentadoria INSS:			
Endereço Residencial:					
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:		
Telefone:	Celular:	E-mail:			
Banco- Nº e nome:	Agência- Nº e nome:	Tipo de Conta: ☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança	Número da Conta:		
Pessoa Politicamente Exposta: **( ) Sim ( ) Não**	Cargo:	Esfera:	Período:	Patrimônio:	

2. TIPO DO BENEFÍCIO / APOSENTADORIA:

☐ Idade ☒ Tempo de Serviço / Contribuição

OPÇÕES NO ATO DA REQUISIÇÃO DA APOSENTADORIA:

☐ Prazo Indeterminado (Pagamento Mensal Vitalício)

- Com conversão em pensão:
  ☐ SIM ☐ NÃO
- Recebimento à vista de percentual da Reserva de Benefício à Conceder:
  ☐ SIM _____ % ☐ NÃO

☐ Prazo Determinado (mínimo 60 e máximo de 420 meses) _____ MESES _____ PARCELAS.

OBSERVAÇÃO:

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente de que, no caso de ter optado por receber meu benefício decorrente de aposentadoria por Tempo de Serviço/Contribuição ou Idade**, por tempo determinado**, aplicar-se-á o que determina o item B do parágrafo 3º do artigo 59, e meu pagamento cessará no fim do prazo antes indicado. No caso **do prazo indeterminado** se o participante não autorizar a conversão de parte de meu benefício em pensão, em caso de falecimento, meus beneficiários não terão direito ao recebimento de qualquer benefício. Qualquer decisão tomada é irrevogável e irretratável.

PARTICIPANTE	
Local e Data:	Assinatura:

ENTIDADE			
Diretor		**Gerente**	
Local e Data:	Assinatura:	Local e Data:	Assinatura: