

## 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: <input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> 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 irretroatável.

#### PARTICIPANTE

Local e Data:	Assinatura:
---------------	-------------

#### ENTIDADE

Diretor		Gerente	
Local e Data:	Assinatura:	Local e Data:	Assinatura: