

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME				MATRÍCULA	
EMPRESA PATROCINADORA		ÚLTIMA REMUNERAÇÃO (Salário Base+Periculosidade+Ad Tempo Serv.) R\$		DATA DE DESLIGAMENTO PATROCINADORA	
ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº. DO RG / ÓRGÃO EMISSOR		Nº DO CPF	
ENDEREÇO		BAIRRO		CEP	
CIDADE		ESTADO		TELEFONE	
BANCO	LOCALIDADE	Nº. DO BANCO / DÍGITO	AGÊNCIA / DÍGITO	C/C Nº / DÍGITO	
TIPO DE PLANO					
<input type="checkbox"/> Plano de Benefícios R <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Celpa BD-I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Cemat BD-I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Elétricas BD-I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Celpa BD-II <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Cemat OP <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Elétricas OP <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Celpa OP					

BENEFÍCIO REQUERIDO

<input type="checkbox"/> RMV – Renda Mensal Vitalícia - Saque à Vista: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - De _____ % <input type="checkbox"/> RMF – Renda Mensal Financeira - Saque à Vista: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - De _____ % - RMF de _____ % <input type="checkbox"/> Reversão RMV / RMF <input type="checkbox"/> Complementação/Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Serviço/Contribuição <input type="checkbox"/> Complementação/Suplementação de Aposentadoria por Idade <input type="checkbox"/> Complementação/Suplementação de Aposentadoria Especial <input type="checkbox"/> Complementação/Suplementação de Aposentadoria por Invalidez <input type="checkbox"/> Complementação/Suplementação de Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Suplementação de Auxílio-Doença <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte - Plano _____ - ____ <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte - Plano Risco <input type="checkbox"/> Pecúlio por Invalidez <input type="checkbox"/> Reserva Matemática	
---	--

Conforme estabelece o Regulamento, estou ciente de que a opção entre RMV e RMF é definitiva e irrevogável, e de que não existe garantia de vitaliciedade da RMF, que cessará com o esgotamento do saldo dos Fundos. Assim, venho solicitar o Benefício acima mencionado, anexando cópia autenticada da Carta de Concessão do Benefício emitida pelo INSS, onde constam as seguintes informações:

INÍCIO DO BENEFÍCIO PELO MPAS / INSS	VALOR CORRESPONDENTE A 30 DIAS
--------------------------------------	--------------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO (Preencher somente se o Benefício Requerido for Complementação/Suplementação da Pensão por Morte, Pecúlio por Morte ou Reversão de RMV/RMF)

NOME DO BENEFICIÁRIO:				GRAU DE PARENTESCO	
REQUERENTE: <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> PROCURADOR					
NOME				GRAU DE PARENTESCO	
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº DO RG / ÓRGÃO EMISSOR	Nº DO CPF	
ENDREÇO		BAIRRO		CEP	
CIDADE		ESTADO	DDD/TELEFONE		
BANCO	LOCALIDADE	Nº. DO BANCO / DÍGITO	AGÊNCIA / DÍGITO	CONTA SALÁRIO	

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA APURAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Nº	Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	IRF	INSS	Invalído?
01				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
02				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
03				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Declaro que os dependentes acima mencionados, estão qualificados de acordo com a legislação vigente do IRF e dos Regulamentos dos Planos de Benefícios da REDEPREV, e comprometo-se a comunicar a Fundação, quaisquer ocorrências que importe na perda da qualificação dos mesmos. Para os dependentes diferentes de cônjuge, companheira e filhos, anexar os comprovantes.

OBSERVAÇÕES

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Como beneficiário, o signatário do presente compromete a notificar a REDEPREV, por escrito, contra recibo, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, os casos de cessação e/ou suspensão do Benefício concedido pela Previdência Social, perda da condição de dependente e/ou retorno ao quadro de empregados da Patrocinadora; sujeitando-se desde já a restituição das importâncias recebidas indevidamente, bem como a responsabilidade criminal pelo não cumprimento das obrigações ora assumidas. Compromete-se ainda, a remeter periodicamente cópia do comprovante de recebimento do benefício do INSS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
-------	------	------------