



SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO - SOB



1 INFORMAÇÕES PESSOAIS					
NOME	DATA NASCIMENTO / /	NACIONALIDADE	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL 01. Solteiro (a) 02. Casado (a) 03. Viuvo (a) 04. Separado (a) 05. Divorciado (a) 06. Vive Maritalmente 07. Outros	SEXO F () M ()
ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE		CEP	UF

DOCUMENTAÇÃO		DADOS BANCÁRIOS		CONTATO	
IDENTIDADE:	CPF:	BANCO:		TEL:	
ÓRGÃO EMISSOR:	PIS:	AGÊNCIA:		CEL:	
DATA DE EXPEDIÇÃO: / /	CTPS:	C/C:			

NOME DO PAI
NOME DA MÃE

NOME DO CONJUGE	DATA DE NASCIMENTO DO CONJUGE / /
-----------------	--------------------------------------

E-MAIL:	POLITICAMENTE EXPOSTO ⁽¹⁾	() SIM	() NÃO
---------	--------------------------------------	---------	---------

⁽¹⁾DEFINIÇÃO PREVISTA NA INSTRUÇÃO MPS/SPC 26, DE 01/09/2008.

2 INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS					
MATRICULA FUNCIONAL	EMPRESA 01. INB 02. ELETRONUCLEAR 03. NUCLEP 04. NUCLEOS	REMUNERAÇÃO (R\$)	DATA DA ADMISSÃO / /	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	ESCOLARIDADE 1 - 1º GRAU 2 - 2º GRAU INCOMPLETO 3 - 2º GRAU COMPLETO 4 - SUPERIOR INCOMPLETO 5 - SUPERIOR COMPLETO

3 TIPO DE BENEFÍCIO			
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> APOS. TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA	<input type="checkbox"/> PENSÃO
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR IDADE	<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> BPD	<input type="checkbox"/> AUXÍLIO RECLUSÃO

BENEFICIÁRIOS (PREENCHER SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO - BPD)

Declaro, para os devidos fins, que os meus beneficiários aptos, nesta data, ao recebimento do benefício de pensão por morte, são:

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO	CPF

Declaro estar ciente de que a suspensão do benefício - INSS deverá ser comunicada imediatamente ao NUCLEOS.

____/____/____ Data	_____ Assinatura do Participante
------------------------	-------------------------------------

____/____/____ Data	_____ Funcionário NUCLEOS	____/____/____ Data	_____ Gerência de Seguridade Supletiva
------------------------	------------------------------	------------------------	---

____/____/____ Data	_____ Diretoria de Benefícios
------------------------	----------------------------------