



FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE SEGURIDADE SOCIAL - SÃO FRANCISCO
Requerimento de Benefícios

Nome do Requerente: _____ Nascimento: _____ Matrícula CODEVASF: _____

CPF N^o: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Emissão _____

Endereço Completo: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF _____ CEP _____ Telefones: _____

Correio Eletrônico: _____ Celular: _____

N^o. Banco: _____ Compensação _____ Nome do Banco: _____ Agência N^o.: _____ Operação _____ Conta N^o.: _____ dv _____

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. AUXÍLIO-DOENÇA | ☐ | 5. APOSENTADORIA T. DE CONTRIBUIÇÃO ANTECIPADA | ☐ |
| 2. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ | ☐ | 6. APOSENTADORIA T. DE CONTRIBUIÇÃO ESPECIAL | ☐ |
| 3. APOSENTADORIA POR IDADE | ☐ | 7. PENSÃO POR MORTE | ☐ |
| 4. APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO | ☐ | 8. PECÚLIO POR MORTE | ☐ |

Representante Legal: _____ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador ☐

CPF N^o: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Emissão _____

DEPENDENTES - os mesmos relativos à Previdência Social								
N ^o	Nome Dependente	Grau Parentesco	Sexo	Nascimento	Invalidez?	Beneficiário?	IRPF?	Pecúlio?

SEGURO DE VIDA Declaro opção pela continuidade do desconto do Seguro de Vida em Grupo com assunção integral do ônus do prêmio. () SIM () NÃO	ASSEMCO Declaro opção pela continuidade do desconto da mensalidade social da ASSEMCO. () SIM () NÃO
---	--

O participante, beneficiário ou representante legal, acima identificado, requer o Benefício assinalado, em conformidade com o Regulamento do Plano de Benefícios I - BD da Fundação São Francisco de Seguridade social - SÃO FRANCISCO. Em se tratando de SUPLEMENTAÇÃO, solicita, outrossim, sejam efetuados os adiantamentos pelo prazo regulamentar, estando ciente que serão regularizados à fundação, quando da homologação definitiva do benefício. Declara ainda, que são autênticos os documentos apresentados, assumindo completa responsabilidade sua veracidade e pela restituição de importâncias recebidas indevidamente ou pela não confirmação do ato concessório na forma do regulamento.

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA _____

REPRESENTANTE LOCAL _____ **CARIMBO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE** _____
Conferi os dados lançados neste requerimento e declaro que as cópias dos documentos anexadas são autênticas.