FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE SEGURIDADE SOCIAL - SÃO FRANCISCO
Plano de Benefícios III - Saldado
Requerimento de Benefícios

Nome do Requerente: | Nascimento: | Matrícula:

CPF Nº: | Identidade: | Órgão Emissor | UF | Data de Emissão

Endereço Completo: | Bairro:

Cidade: | UF | CEP | Telefones:

Correio Eletrônico: | Celular:

Nº. Banco: | Nome do Banco: | Agência Nº.: | Operação | Conta Nº.: | dv

1. **APOSENTADORIA NORMAL** ☐
2. **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ** ☐
3. **PENSÃO POR MORTE** ☐

Representante Legal: | **Tutor** ☐ **Curador** ☐ **Procurador** ☐

CPF Nº: | Identidade: | Órgão Emissor | UF | Data de Emissão

DEPENDENTES - os mesmos relativos à Previdência Social

Nº	Nome Dependente	Grau Parentesco	Sexo	Nascimento	Invalidez?	Beneficiário?	IRPF?

SEGURO DE VIDA
Declaro opção pela continuidade do desconto do Seguro de Vida em Grupo com assunção integral do ônus do prêmio.
☐ **SIM** ☐ **NÃO**

O participante, beneficiário ou representante legal, acima identificado, requer o Benefício assinalado, em conformidade com o Regulamento Básico do Plano de Benefícios III - SALDADO 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
Conferi os dados lançados neste requerimento e declaro que as cópias dos documentos anexadas são autênticas.

CARIMBO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE

SBN - Quadra 02 - Bloco F - Ed. Central Brasília - 8º andar - Brasília/DF - CEP 70.040-904
Central de Atendimento: **0800 722 5253**
Telefone: (61) 2195-5400 - Fax: (61) 2195-5412