

Matrícula:

DADOS PESSOAIS

Nome do Requerente:

Natural:

UF:

Sexo:

M ☐

F ☐

Data Nascimento:

Estado Civil:

CPF:

Carteira de Identidade

Número:

Órgão Emissor:

UF:

Data de Emissão:

Carteira Profissional

Número:

Série:

UF:

Endereço Completo:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefones:

Correio Eletrônico:

Celular:

DADOS FUNCIONAIS

Cargo:

Nível:

Data Admissão:

Função Gratificada:

Cod. Lotação:

Nº Banco:

Nº Compensação:

Nome do Banco:

Agência Nº:

Operação

Conta Nº:

dv:

REPRESENTANTE LEGAL

Nome do Representante

Tutor ☐

Curador ☐

Procurador ☐

CPF Nº:

Identidade:

Órgão Emissor

UF

Data de Emissão

REQUERIMENTO

Ilmo. Sr. Diretor de Benefícios:

Como participante dessa Fundação, conforme acima qualificado, venho requerer à Diretoria de Benefícios da Entidade o CANCELAMENTO de inscrição no PLANO DE BENEFÍCIOS II (CODEPREV), em caráter definitivo e irrevogável, a partir desta data, com a consequente suspensão dos descontos da contribuição social.

Declaro estar ciente que, o cancelamento dessa inscrição, implica na completa extinção de cobertura previdenciária, e dos demais direitos e deveres previstos no regulamento do plano de benefícios, ao qual estava vinculado, e que, a restituição das contribuições pessoais vertidas, somente será possível após o encerramento do contrato de trabalho com a Patrocinadora.

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.