

**FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE SEGURIDADE SOCIAL - SÃO FRANCISCO****Plano de Benefícios III - Saldado****Requerimento de Cancelamento de Inscrição****DADOS PESSOAIS**

Nome do Requerente:		Data de nascimento:		Matrícula CODEVASF:		
CPF N°:		Identidade:		Órgão Emissor	UF	Data de Emissão
Endereço Completo:				Bairro:		
Cidade:		UF	CEP	Telefones:		
Correio Eletrônico:				Celular:		
N°. Banco:	Nome do Banco:		Agência N°:	Operação	Conta N°:	dv

**REPRESENTANTE LEGAL**

Nome do Representante		<b>Tutor</b> <input type="checkbox"/>	<b>Curador</b> <input type="checkbox"/>	<b>Procurador</b> <input type="checkbox"/>		
CPF N°:		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 III - SALDADO, 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.