



FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE SEGURIDADE SOCIAL - SÃO FRANCISCO
Requerimento de Resgate de Contribuições

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 _____

Representante Legal: _____ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador ☐

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

PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA DECLARO QUE SÃO MEUS DEPENDENTES AS PESSOAS ABAIXO REALACIONADAS			
N ^o	DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DO NASCIMENTO

Ilmo. Sr. Diretor de Benefícios

Em face do meu desligamento da PATROCINADORA, solicito a devolução das contribuições efetuadas em favor dessa Fundação, a título de Reserva de Poupança, nos termos do art. 53 do Regulamento Básico do Plano de Benefícios, autorizando, neste ato, o desconto para amortização de empréstimo ou financiamentos, bem como, quaisquer outros compromissos contraídos junto a essa Entidade.

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.