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

DADOS PESSOAIS

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: | Nome do Banco: | Agência N^{o}.: | Operação | Conta N^{o}.: | dv

REPRESENTANTE LEGAL

Nome do Representante | **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			
Nº	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. 16 do Regulamento do Plano de Benefícios III, autorizando, neste ato, o desconto para amortização de empréstmo ou financiamentos, bem como, quaisquer outros compromissos contraídos junto a essa Entidade.

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