

**FUNDO DE PENSÃO CAPEMI - FUCAP**

CNPJ 29.958.022/0001-40 - INSC. MUNICIPAL 01.569.473  
 RUA SÃO CLEMENTE, 38 • 8º ANDAR - PARTE  
 TEL.: (021) 2536-7713 • FAX: (021) 2536-7982  
 Site: www.fucap.org.br / e-mail: fucap@fucap.org.br

Matricula Fucap N° \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS**

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

<input type="checkbox"/> <b>COMPLEMENTAÇÃO DA APOSENTADORIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMPLEMENTAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE</b>
<input type="checkbox"/> Tempo de Contribuição <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente <input type="checkbox"/> Auxílio Doença	<input type="checkbox"/> Participante Aposentado <input type="checkbox"/> Resgate de Saldo <input type="checkbox"/> Participante Ativo

DADOS DO PARTICIPANTE

Patrocinadora Cód.	Nome	Local	Mat. Funcional N°
Nome	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF N°	
Endereço	N°	Complemento	
Cidade	UF	CEP	
Telefone	Data de Nascimento	Data de Admissão na Empresa	Data de Admissão no Plano
Data de Afastamento	Data do Falecimento	Data Desligamento do Plano	Data Desligamento da Empresa

DADOS DO BENEFICIÁRIO (PREENCHER SOMENTE NOS CASOS DE PENSÃO POR MORTE)

Nome do Beneficiário	Qualidade
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CPF N°	Identidade N°
Endereço	N°
CEP	Cidade
	Estado

DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO

Nome do Banco	N° da Conta Corrente	Código do Banco
Nome da Agência	Cód. da Agência	Endereço da Agência
		Estado

DOCUMENTOS ANEXOS (XEROX)

CERTIDÃO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO PELO INSS     CARNÊ DO INSS     OUTROS \_\_\_\_\_  
 CERTIDÃO DE ÓBITO     ATESTADO MÉDICO \_\_\_\_\_

**O abaixo assinado, na qualidade de \_\_\_\_\_ do Plano de Benefícios instituído pela patrocinadora, através de adesão ao FUCAP - Fundo de Pensão Capemi, vem requerer o benefício de \_\_\_\_\_ a ser calculado conforme documentos anexo, de acordo com os respectivos artigos do Regulamento Complementar da patrocinadora e o Regulamento Básico do FUCAP.**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Abono da Patrocinadora  
 \_\_\_\_\_  
 Atividade Previdencial

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Requerente  
 \_\_\_\_\_  
 Visto da Chefia