

Matricula Fucap N° \_\_\_\_\_

## REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

### COMPLEMENTAÇÃO DA APOSENTADORIA

- Tempo de Contribuição  
 Invalidez Permanente  
 Idade  
 auxílio-doença

### COMPLEMENTAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE

- Participante Aposentado  
 Participante Ativo  
 Resgate de Saldo

### DADOS DO PARTICIPANTE

Código	Patrocinadora	Local	Mat. Funcional N°
Nome	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CPF	
PIS	Endereço		
Bairro	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"/> F <input type="checkbox"/> M	CPF N°	Identidade N°	Órgão Expedidor
Endereço	Bairro			
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 (CÓPIA)

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

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

Assinatura do Requerente

Atividade Previdencial

Visto da Chefia