

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

À
CAGEPREV

NOME DO(A) APOSENTADO(A), participante do plano PCV, matrícula da CAGEPREV ____ e matrícula da CAGECE ____ vêm requerer, de acordo com o Regulamento do PCV da CAGEPREV, em seu CAPITULO IV, a concessão do benefício abaixo especificado, a partir de ____/____/____.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) APOSENTADO(A)

Nome Completo:	Data de Nascimento:	CPF:
Nº de Identidade:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:
Endereço (logradouro e número):	Complemento:	Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Dados Bancários - Banco:	Agência:	C/C ou C/P (Especificar):
Telefone(s):	E-mail:	Estado Civil:

ESPÉCIE DE BENEFÍCIO

Aposentadoria Programada convertível em pensão	<input type="checkbox"/>
Aposentadoria por Invalidez convertível em pensão	<input type="checkbox"/>
Pensão de Ativo	<input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGAMENTO

Mensal Vitalício	<input type="checkbox"/>	
Pagamento Único	<input type="checkbox"/>	
Pagamento Parcial + Mensal Vitalício (Reg. artigo 17,§1º)	<input type="checkbox"/>	Percentual ____%

Documentação a ser apresentada:	Documentos Entregues	
	SIM	NÃO
1. Rescisão de contrato de trabalho com a CAGECE;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carta de concessão de benefício, fornecida pelo INSS;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Exames comprobatórios da invalidez total;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Certidão de casamento;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Certidão de nascimentos de filhos menores ou inválidos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carteira de Identidade do participante;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. CPF/MF do participante;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Comprovante de dados bancários;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Comprovante de endereço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____, ____/____/____

ASSINATURA

PARA USO EXCLUSIVO DA CAGEPREV
Homologado pela Diretoria em ____/____/____. Nº de matrícula _____
_____ ASSINATURA DA DIRETORIA

POLITICAMENTE EXPOSTOS – RECEBEDORES DE BENEFÍCIOS

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA: () SIM () NÃO	ÚLTIMO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE:
DATA DE INÍCIO NO CARGO	DATA DE TÉRMINO NO CARGO

POLITICAMENTE EXPOSTOS - FAMILIARES DE 1º GRAU OU REPRESENTANTES

NOME DO FAMILIAR OU REPRESENTANTE	GRAU DE PARENTESCO	ÚLTIMO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE	DATA DE INÍCIO NO CARGO	DATA DE TÉRMINO NO CARGO

Nota: São considerados familiares de 1º grau: pais, filhos (as), cônjuge, companheiro (a) e enteados (as); São considerados representantes: pessoas que tenham procuração em nome do participante.

Declaro, sob as penas da Lei, que os dados informados neste documento correspondem à expressão da verdade.

_____, ____/____/____

ASSINATURA