

- APOSENTADORIA PROGRAMADA TEMPORÁRIA POR ANOS
- APOSENTADORIA PROGRAMADA VITALÍCIA
 () COM REVERSÃO DE PENSÃO () SEM REVERSÃO DE PENSÃO
- APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
- PENSÃO POR MORTE
- PECÚLIO POR MORTE
- AUXÍLIO DOENÇA
- AUXÍLIO RECLUSÃO
- OPÇÃO POR RECEBER DE FORMA ANTECIPADA % DO SALDO DE CONTA
 EQUIVALENTE AO BENEFÍCIO MENSAL (CONFORME ARTIGO 48 DO REGULAMENTO)

DADOS DO PARTICIPANTE				
NOME COMPLETO				MATRÍCULA PATROC.
PATROCINADORA Ascar		NASCIMENTO	ADMISSÃO	DESLIGAMENTO
CPF	RG	ÓBITO (PENSÃO/PECULIO)	ESTADO CIVIL	SEXO
ENDEREÇO				BAIRRO
CIDADE		ESTADO	CEP	TELEFONE FIXO
ENDEREÇO ELETRÔNICO				TELEFONE CELULAR

DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO				
NOME DO BANCO				Nº DO BANCO
NOME DA AGÊNCIA	NÚMERO	DIGITO	CONTA CORRENTE	DIGITO

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA NA FONTE						
NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO (F/M)	IRRF (S/N)	UNIVERS.(S/N)	INVÁLIDO (S/N)
NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO (F/M)	IRRF (S/N)	UNIVERS.(S/N)	INVÁLIDO (S/N)
NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO (F/M)	IRRF (S/N)	UNIVERS.(S/N)	INVÁLIDO (S/N)

DADOS DO BENEFICIÁRIO/PROCURADOR/CURADOR/TUTOR (SOMENTE PARA PENSÃO POR MORTE)				
NOME COMPLETO				PARENTESCO
CPF	RG	NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO

DADOS DO BENEFICIÁRIO/PROCURADOR/CURADOR/TUTOR (SOMENTE PARA PECÚLIO POR MORTE)				
NOME COMPLETO				PARENTESCO
CPF	RG	NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO

“Nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios, venho pela presente requerer o benefício acima assinalado. Comprometo-me a comunicar à Fundação a revogação da procuração, curatela ou tutela, quando for o caso. Declaro que tenho ciência de que as pessoas por mim inscritas como beneficiários somente terão direito ao recebimento de qualquer benefício pelo Plano de Benefícios na hipótese de serem reconhecidos dependentes na Previdência Social”.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU REQUERENTE
-------	------	--

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA FUNDAÇÃO			
LOCAL	DATA	RECEBIDO/REVISADO POR	ASSINATURA