

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

1. CNPB: **1996.0048-83** | 2. Empresa Patrocinadora: **CPRM - COMPANHIA DE PESQUISA DE RECURSOS MINERAIS**

3. Nome Completo do Participante: (sem abreviações)

4. Nome Completo do Requerente: (sem abreviações)

5. CPF: | 6. Sexo: ()
M - Masculino F - Feminino | 7. Parentesco: | 8. E-mail:

9. Endereço Completo (logradouro, complemento):

10. Bairro: | 11. Cidade: | 12. CEP: | 13. UF:

14. Telefone (s) para contato:
 (DDD) - Residencial | (DDD) - Comercial | (DDD) - Celular | (DDD) - Outros

15. Dependente (s) (Nome Completo):	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Sexo (M ou F)	Inválido (S ou N)	Dependente		Inclusão (X)	Exclusão (X)
					Plano (S ou N)	Imposto Renda (S ou N)		

16. Requerimento do benefício:

Nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios **CPRM PREV**, venho requerer o benefício abaixo assinalado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Aposentadoria por Tempo de Contribuição | <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez |
| <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Aposentadoria Antecipada | <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Auxílio-doença |
| <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Aposentadoria por Idade | <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Pensão por Morte |
| <input type="checkbox"/> Renda Mensal de Aposentadoria Especial | |

17. Forma de recebimento do benefício:

Os benefícios de Renda Mensal de Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Antecipada, Idade e Especial consistirão numa mensalidade vitalícia **com** reversão para os beneficiários de Renda Mensal de Pensão por Morte, facultando-se ao participante optar:

- Pela transformação do saldo de conta em renda vitalícia **sem** reversão para beneficiários de Renda Mensal de Pensão por Morte;
- Pela transformação do saldo de conta em renda vitalícia **com** tempo mínimo de recebimento garantido de:
- 5 (cinco anos) 10 (dez anos) 15 (quinze anos)
- Pela transformação de _____% (_____por cento) (até 50%) do saldo de conta em renda mensal vitalícia **sem** reversão para beneficiários de Renda Mensal de Pensão por Morte, com tempo mínimo de recebimento garantido de _____anos (_____anos) (mínimo 5 anos), e do saldo remanescente em renda mensal vitalícia **com** reversão para beneficiários de Renda Mensal de Pensão por Morte.

18. Dados bancários para pagamento do benefício:


Banco:	Agência nº:	Nº Conta	Tipo de Conta
			<input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> Conta Corrente

*Preferencialmente Banco do Brasil.

Comprometo-me a informar à **BB Previdência** as ocorrências que ocasionarem a cessação do benefício.

Estou ciente das penas previstas para o crime de estelionato (reclusão, de 1 a 5 anos, e multa - artigo 171 do Código Penal Brasileiro), como também que estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência de omissão.

Local e Data: _____, ____/____/____

 _____
Assinatura do requerente com firma reconhecida em cartório

19. Validação Patrocinadora:

Atestamos o afastamento desligamento do funcionário supracitado em ____/____/____.

Motivo do afastamento:

Local e data:	Carimbo e Assinatura