



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS
PLANO DE BENEFÍCIOS FAF / CNPB 1979.0006-38

Patrocinadora: _____

Participante: _____

O Participante/Beneficiário, abaixo assinado, nos termos do Regulamento do Plano, requer o que segue:

- () Suplementação de Aposentadoria por Invalidez
- () Suplementação de Aposentadoria por Idade
- () Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição
- () Suplementação de Aposentadoria Especial
- () Suplementação de Auxílio-Doença
- () Suplementação de Pensão
- () Adiantamento de Suplementação
- () Benefício decorrente de opção pelo Benefício Proporcional Diferido

Para tanto, presta todas as informações que se fazem necessárias e autoriza que sejam feitas as deduções das taxas de contribuição previstas para o benefício requerido, de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios acima identificado, bem como, que o valor líquido do benefício seja creditado na conta bancária informada abaixo. Declara, ainda, estar ciente:

- a) que está obrigado a comunicar imediatamente para a BRF Previdência o eventual cancelamento do benefício recebido do Regime Oficial de Previdência, sob pena de restituir os valores recebidos indevidamente, atualizados pela variação do INPC/IBGE mais os juros atuariais.
- b) que na hipótese de Adiantamento de Suplementação, a não apresentação da “carta de concessão de benefício” expedida pelo Regime Oficial de Previdência, dentro do prazo de seis meses a contar da data de início do Adiantamento ou a apresentação, a qualquer tempo de “carta de indeferimento de benefício” expedida pelo mesmo regime, acarretará o cancelamento automático do Adiantamento ora solicitado.

Documentos:

CTPS: _____ Série: _____

RG: _____ CPF: _____

Data do desligamento: _____

Dados do participante:

Rua: _____

Bairro: _____ Município: _____

CEP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Dados bancários:

Banco: _____ AG: _____ C/C: _____

**POR FAVOR, INFORME O TIPO DE CONTA: () POUPANÇA () CORRENTE
NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO / NÃO PODE SER CONTA ABERTA PELO INSS**

Dependentes:

Nome	Nasc.	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cidade e data

Assinatura

Deferido: _____

Indeferido: _____

Data: _____

Responsável (RH / BRF Previdência): _____