

DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)/PENSIONISTA

Nome do(a) Requerente				Matrícula
R.G. (Identidade)	Data de Expedição	Órgão Expedidor	UF	CPF
Data de Nascimento	Naturalidade	Sexo () M () F	DDD/Telefone ()	
Endereço				Nº de Benefício INSS
Cidade	UF	CEP	E-mail	

ESCOLHA DA OPÇÃO

() **TRANSFERÊNCIA DO BENEFÍCIO INSS PARA DENTRO DO CONVÊNIO CAIXA/FUNCEF/INSS**

- Caso o associado/pensionista tenha qualquer tipo de empréstimo consignado junto ao INSS, seu requerimento será indeferido.

() **TRANSFERÊNCIA DO BENEFÍCIO INSS PARA OUTRO OLM (Órgão Local Mantenedor)**

- Caso ocorra **mudança de endereço**, com alteração de cidade/Unidade da Federação (UF), e seja do interesse do associado, o processo de benefício INSS poderá ser transferido para um Posto de Atendimento/Agência de Atendimento do INSS mais próximo de sua nova residência.

Anexar cópia do comprovante de residência atualizado e do documento de identidade.

() **TRANSFERÊNCIA DO BENEFÍCIO INSS PARA FORA DO CONVÊNIO CAIXA/FUNCEF/INSS**

- Caso o(a) associado(a)/pensionista tenha qualquer tipo de empréstimo contraído junto à Fundação e o valor de seu benefício FUNCEF não gere margem consignável que suporte o desconto relativo à sua prestação, o requerimento será indeferido.

Banco | Nº da Agência | Nº da Conta - DV

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Local e Data _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Associado(a) ou Pensionista

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNCEF