

DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome do(a) Participante				Matrícula
Data de Nascimento	Estado Civil	CPF	Telefone ()	Benefício por Invalidez () SIM () NÃO
Conta bancária para recebimento do benefício Nº da Agência		Código de Operação	Nº da Conta - DV	IR Total () SIM () NÃO
Endereço do(a) Participante				
Cidade	UF	CEP	E-mail	

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL Preencher somente na existência de tutor(a), curador(a) ou procurador(a).

Nome do(a) Representante Legal				
R.G. (Identidade)	Data de Expedição	Órgão Expedidor	UF	CPF do Representante

Desejo requerer o Benefício de Prestação Continuada na(s) seguinte(s) opção(ões):

() NOVO PLANO () REB () REG/REPLAN () REG/REPLAN - modalidade SALDADA

BENEFÍCIOS ANTECIPADOS (Benefício Único ou Renda Antecipada)*

Para uso exclusivo de Participantes do REG/REPLAN-modalidade SALDADA, do NOVO PLANO e do REB

O BENEFÍCIO DE RENDA ANTECIPADA do REB ou o BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO do REG/REPLAN – modalidade SALDADA e do NOVO PLANO, corresponde à antecipação de até 10% (dez por cento) do valor do SALDO DE CONTA ou da RESERVADO BENEFÍCIO SALDADO. Sobre este benefício haverá incidência de Imposto de Renda, na forma da lei.

REB

() **Sim**, opto por receber a RENDA ANTECIPADA de ____% (____) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.

() **Não** tenho interesse em receber a RENDA ANTECIPADA.

REG/REPLAN – modalidade SALDADA

() **Sim**, opto por receber o BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO de ____% (____) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.

() **Não** tenho interesse em receber o BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO.

NOVO PLANO

() **Sim**, opto por receber o BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO de ____% (____) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.

Forma de Recebimento: () Parcela Única; () Parcela(s) Mensal(is) (em até 12 parcelas).

() **Não** tenho interesse em receber o BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO.

***Preenchimento obrigatório!**

Declaro ter conhecimento das disposições regulamentares e de todo o conteúdo desse requerimento. Solicito o(s) benefício(s) acima assinalado(s) e declaro estar ciente de que este(s) poderá(ão), a qualquer momento, ser(em) revisto(s) no(s) caso(s) de erro material ou no(s) caso(s) de apresentação de dependente(s)/pensionista(s) não habilitado(s) no ato da concessão.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e Data

Assinatura do(a) Participante ou Representante Legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNCEF

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome			Matrícula		
Data de nascimento			Estado civil		
Logradouro				Número	
Complemento	Cidade	Estado		CEP	
E-mail		Telefone fixo		Telefone celular	

DEPENDENTES

Nome	Grau de parentesco*	Data de nascimento	Estado civil	Telefone celular	Sexo (F/M)	Invalidez** (S/N)	IRRF*** (S/N)

* Para comprovação do grau de parentesco é necessário encaminhamento dos documentos comprobatórios.

** Em caso de dependente inválido é necessário o encaminhamento do laudo médico que comprove a invalidez.

*** Dependente para fins de declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte.

Campo de preenchimento OBRIGATÓRIO para participantes que não possuem dependentes a declarar.

Não tenho dependentes a declarar.

DEPENDENTES PARA EXCLUSÃO

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e tenho ciência de minha exclusiva responsabilidade tributária, administrativa, civil e criminal que decorre desta declaração.

Comprometo-me a comunicar à FUNCEF qualquer alteração sobre a perda de condição de dependente de pessoas ora declaradas ou inclusões de novos dependentes.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Documentos necessários:

- 1) Requerimento devidamente preenchido e assinado;
- 2) Declaração de dependentes e documentos comprobatórios do grau de parentesco (conforme página 5);
- 3) Cópia do RG e CPF do participante;
- 4) Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho;
- 5) Cópia da carta de concessão do benefício emitida pelo Órgão Oficial de Previdência (se houver);
- 6) Cópia autenticada do Termo de Tutela, quando o tutor (a) não for nato (a), Termo de Curatela ou Procuração (se for representante legal).

DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome do(a) Participante

- nome completo do(a) participante.

Matrícula

- número e dígito verificador da matrícula do(a) participante.

Data de Nascimento

- data de nascimento do(a) participante, com dia, mês e ano completo.

CPF

- número do CPF do(a) participante.

Telefone

- telefone do(a) participante, constando o código de acesso local (DDD).

Benefício por Invalidez

- informar se a aposentadoria é por invalidez.

Conta para depósito do benefício

- código da agência, código do tipo de conta e número da conta com dígito verificador. Os benefícios são pagos exclusivamente em conta mantida na CAIXA.

IR Total

- marcar a opção "SIM", se desejar que a base de cálculo para incidência da alíquota de IRRF seja composta pelo somatório dos valores pagos na folha de benefícios da FUNCEF, ou seja, as fontes pagadoras (proventos INSS e FUNCEF) devem ser consideradas cumulativamente. Caso contrário, marque a opção "NÃO", e o IRRF será calculado considerando cada fonte pagadora separadamente.
- Caso o item não seja marcado a FUNCEF considerará a opção como "SIM".

Endereço do(a) Participante

- endereço completo do(a) participante, inclusive o nome do bairro.

Cidade

- informar cidade do endereço.

UF

- sigla do estado onde reside o(a) participante.

CEP

- código de endereçamento postal completo do(a) participante.

E-mail

- informar e-mail válido do(a) participante.

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

*Preencher somente na existência de tutor(a), curador(a) ou procurador(a).

Nome do(a) Representante Legal

- nome completo do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

RG (Identidade)

- número da carteira da identidade do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

Data de Expedição

- data de expedição da carteira da identidade do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

Órgão Expedidor

- sigla do órgão emissor da carteira de identidade do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

UF

- sigla do estado emissor da carteira de identidade do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

CPF do Representante

- número do CPF do(a) tutor(a), curador(a) ou procurador(a), conforme o caso.

Desejo requerer o Benefício de Prestação Continuada na(s) seguinte(s) opção(ões)

- assinalar a(s) opção(ões) correspondente(s) ao(s) plano(s) que o(a) participante está vinculado e deseja requerer.

BENEFÍCIOS ANTECIPADOS (Benefício Único ou Renda Antecipada)

- A opção pela antecipação de benefício está vinculada aos planos indicados no campo “Desejo requerer o Benefício de Prestação Continuada na(s) seguinte(s) opção(ões)”. No caso do benefício saldado, do REB e do NOVO PLANO, essa informação é obrigatória, irrevogável e irretratável. **Os participantes do REG/Replan, modalidade não saldada, não devem assinalar essa opção.**

- Se a opção for pelo recebimento do benefício antecipado, é indispensável a marcação da alternativa “SIM” e a informação do percentual desejado, limitado a 10%.

- Caso o requerente não queira receber o benefício antecipado, é necessária a marcação da opção “NÃO”. **A falta de manifestação sobre essa opção pode gerar atraso na concessão do benefício de prestação continuada.**

Exemplos:

- 1) Caso o participante escolha receber benefício somente no REG/REPLAN – modalidade SALDADA e opte pelo resgate do saldo de conta do NOVO PLANO, utilizando, para tanto, o requerimento específico (Termo de Opção por Institutos), é indispensável manifestar sua opção sobre a antecipação de benefício somente no REG/REPLAN – modalidade SALDADA, deixando os demais planos sem marcação.
- 2) Se o participante escolheu receber os benefícios nos planos REG/REPLAN – modalidade SALDADA e NOVO PLANO, é necessário marcar a opção pelo benefício antecipado em ambos os planos, deixando em branco a opção no REB.

Documentos Comprobatórios do Grau de Parentesco

Esposo (a) / Companheiro (a):

- Documento de Identificação;
- Certidão de Casamento Civil, se esposo (a);
- Prova de união estável, se companheiro (a), mediante apresentação de, no mínimo, três dos seguintes documentos (art. 22, § 3º do DC nº 3.048/99):
 - Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
 - Disposições testamentárias;
 - Declaração especial feita perante Tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
 - Prova de mesmo domicílio;
 - Certidão de Nascimento filho havido em comum;
 - Certidão de Casamento Religioso;
 - Prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos de vida civil;
 - Procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
 - Conta bancária conjunta;
 - Registro em associação de qualquer natureza onde conste o interessado como dependente do segurado;
 - Apólice de seguro na qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
 - Ficha de tratamento em instituição de assistência médica da qual conste o segurado como responsável;
 - Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome do dependente;
 - Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.

Filhos (as)

- Certidão de Nascimento;
- Documento de Identificação, caso seja o requerente ou maior de 21 anos;

Pais:

- RG do(a) segurado(a);
- Documento de identificação do dependente;

Irmãos (ãs):

- Certidão de Nascimento do(a) segurado(a) e do dependente;
- Documento de identificação do dependente;

Enteado (a) / Menor Tutelado (Filhos Equiparados)

- Enteado: Certidão de Casamento Civil do(a) segurado(a) com o pai ou mãe do menor ou prova de união estável entre o(a) segurado(a) e o(a) pai ou mãe do menor (veja comprovação exigida para companheiro/união estável);
- Tutelado: Certidão de Tutela expedida pelo juiz competente em que conste o segurado como tutor e o dependente como tutelado;
- Certidão de Nascimento do dependente e documento de identidade, se possuir (no caso do maior inválido, a apresentação de documento de identidade é obrigatória);