

DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)/PENSIONISTA

Nome do(a) Requerente				Matricula
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/INSS/FUNCEF

- 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/INSS/FUNCEF

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

Banco | N° da Agência | N° da Conta - DV

OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE (IRRF) *

() TOTAL: Será considerado o somatório das fontes pagadoras (FUNCEF e INSS)

() PARCIAL: Benefício FUNCEF e INSS calculados separadamente

*Na ausência de preenchimento do campo será presumida a opção pelo "TOTAL".

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e Data

Assinatura do(a) Associado(a) ou Pensionista

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNCEF

DADOS DO(A) REQUERENTE (APOSENTADO OU PENSIONISTA):

Nome do(a) Requerente

- Informar o nome completo do(a) requerente.

Matrícula

- Informar a matrícula do(a) requerente.

RG (Identidade)

- Informar o número da carteira da identidade do(a) requerente.

Data de Expedição

- Informar a data de expedição da carteira de identidade do(a) requerente.

Data de Nascimento

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

Órgão Expedidor

- Informar a sigla do órgão emissor da carteira de identidade do(a) requerente.

UF

- Informar a sigla do estado emissor da carteira de identidade do(a) requerente.

CPF

- Informar o número do CPF do(a) requerente.

Data de Nascimento

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

Naturalidade

- Informar o local de nascimento do(a) requerente.

Sexo

- Assinalar a opção correspondente a M para masculino e F para feminino.

DDD/Telefone

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

Endereço

- Informar o endereço completo do(a) requerente, inclusive, o nome do bairro e número da casa/apartamento.

Nº de Benefício INSS

- Informar o número do benefício INSS.

Cidade

- Informar a cidade onde reside.

UF

- Informar a sigla do estado onde reside o(a) requerente.

CEP

- Informar o código de endereçamento postal completo do(a) requerente.

E-mail

- Informar um endereço eletrônico válido do(a) requerente.

EXIGÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS POR ESTADO:

1 As Agências da Previdência Social – APS têm procedimentos diferenciados para acatar os requerimentos de transferência para DENTRO DO CONVÊNIO e/ou FORA DO CONVÊNIO, com isso algumas agências possuem particularidades quanto aos documentos a serem exigidos, conforme descrito abaixo:

1.1 As APS que exigem o Requerimento de Transferência de Benefício INSS e cópias dos documentos pessoais (RG e CPF) e comprovante de endereço, autenticadas em cartório são:

APS RIO GRANDE DO SUL – PORTO ALEGRE PETRÓPOLIS;

APS GOIÁS – GOIÂNIA OESTE;

APS PARANÁ – VISCONDE DE GUARAPUAVA;

APS AMAZONAS – MANAUS CODAJÁS;

APS PARÁ – BELÉM COSTA E SILVA; e

APS RIO DE JANEIRO – CENTRO, que exige também, formulário de “Autorização para Pagamento”, quando a solicitação for referente à Transferência para FORA DO CONVÊNIO.

1.2 As APS que exigem somente o Requerimento de Transferência de Benefício INSS são:

APS BRASÍLIA – ASA SUL;

APS BAHIA – SALVADOR MERCÊS;

APS CEARÁ – FORTALEZA SUL;

APS MINAS GERAIS – BELO HORIZONTE OESTE;

APS ESPÍRITO SANTO – VITÓRIA;

APS SANTA CATARINA – FLORIANÓPOLIS CENTRO;

APS PERNAMBUCO – RECIFE CASA AMARELA; e

APS SÃO PAULO – CENTRO.

2 Para mais esclarecimentos estão à sua disposição nossos canais de relacionamento: Central de Relacionamento: 0800 706 9000, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00, ou pela página da FUNCEF na internet: www.funcef.com.br, Fale Conosco.