

## 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/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 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
-------	---------------	------------------

## 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