

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