

## DADOS DO(A) REQUERENTE - PENSIONISTA\*

Nome do(a) Requerente:				Sexo ( ) M ( ) F	Inválido ( ) SIM ( ) NÃO
R.G. (Identidade)	Data de Expedição	Órgão Expedidor	UF	CPF do(a) Requerente	
Data de Nascimento	Naturalidade	Relação de Parentesco c/ titular		Estado Civil	
<b>Conta para depósito do benefício</b>			IR Total		
Nº da Agência	Código de Operação	Nº da Conta - DV		( ) SIM	( ) NÃO
Endereço do(a) Requerente				Bairro	
Cidade	UF	CEP	E-mail	Telefone ( )	

## 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	

## DADOS DO(A) TITULAR FALECIDO(A)\*

Nome do(a) Titular		Data do óbito	Matrícula
--------------------	--	---------------	-----------

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

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

### BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO\*

(Para uso exclusivo de beneficiários do REG/REPLAN-modalidade SALDADA e do NOVO PLANO. Aplicável somente para os casos em que o(a) Titular não tenha exercido esse direito).

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

#### 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

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

\*Preenchimento obrigatório!

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente ou do(a) Representante Legal

**PARA USO EXCLUSIVO DA FUNCEF**

## Documentos Necessários:

**Importante: No caso de requerentes distintos, cada um deverá requerer o benefício em formulário separado e anexar cópias dos respectivos documentos.**

- 1) Requerimento devidamente preenchido e assinado, individual para cada beneficiário(a);
- 2) Cópia autenticada do RG e CPF do(a) requerente/pensionista;
- 3) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 4) Cópia da carta de concessão do benefício emitida pelo Órgão Oficial de Previdência (se houver);
- 5) Cópia do comprovante de conta, na CAIXA, em nome do(a) requerente/pensionista (de cada beneficiário);
- 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) REQUERENTE – PENSIONISTA

### Nome do(a) Requerente

- Nome completo do(a) requerente.

### Sexo

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

### Invalidez

- informar se o(a) requerente é inválido.

### RG (Identidade)

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

### Data de Expedição

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

### Órgão Expedidor

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

### UF

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

### CPF do(a) Requerente

- número do CPF do(a) requerente.

### Data de Nascimento

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

### Naturalidade

- local de nascimento do(a) requerente.

### Relação de Parentesco c/ titular

- especificar qual a relação de parentesco com o(a) participante.

### Telefone

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

### 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) Requerente**

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

## **Cidade**

- informar cidade do endereço.

## **UF**

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

## **CEP**

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

## **E-mail**

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

## **Nº de Benefício INSS**

- informar, caso possua, o número do benefício de pensão do Órgão Oficial de Previdência.

## **DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL**

### **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.

## **DADOS DO(A) TITULAR FALECIDO(A)**

### **Nome do(a) Titular**

- nome completo do(a) titular falecido(a).

### **Data do óbito**

- data do óbito do(a) titular falecido(a), com dia, mês e ano completo.

## Matrícula

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

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

- assinalar a(s) opção(ões) correspondente(s) ao(s) plano(s) de vinculação do(a) titular falecido(a).

## BENEFÍCIO ÚNICO ANTECIPADO - preenchimento obrigatório

- 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 e do NOVO PLANO, essa informação é obrigatória, irrevogável e irretratável. **Os requerentes do REG/Replan, modalidade não saldada, e REB, 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.**

**OBS: O Benefício Único Antecipado é aplicável somente para os casos em que o(a) Titular não tenha exercido esse direito.**