

## 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**

- O benefício será transferido para a rede bancária autorizada pelo INSS.  
- Caso o(a) associado(a)/pensionista tenha qualquer tipo de empréstimo contraído junto à Fundação e seu benefício INSS tenha sido considerado para composição de margem consignável para o cálculo do empréstimo, o(s) contrato(s) deverá(ão) ser previamente quitado(s), caso contrário o requerimento será indeferido.

## 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

Nos casos de Transferência para Dentro do Convênio poderá acontecer atraso no primeiro mês de pagamento, visto que a FUNCEF precisa estar de posse do crédito do reembolso do INSS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 são:

APS BRASÍLIA – ASA SUL;  
APS BAHIA – SALVADOR MERCÊS;  
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.

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

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](http://www.funcef.com.br), Fale Conosco.