

DADOS DO(A) REQUERENTE - PENSIONISTA*

Nome do(a) requerente:		Sexo: () M () F	Inválido: () Sim () Não	Data Início Invalidez: ___/___/_____
R.G. (Identidade):	Data de Expedição: ___/___/_____	Órgão Expedidor:	UF:	CPF do(a) Requerente:
Data de Nascimento	Naturalidade:	Relação de Parentesco c/ titular:	Estado Civil:	
Conta para depósito do benefício				
Nº da Agência:	Código de Operação:	Nº da Conta - DV:	IR Total:** () Sim () Não	Isto de IR (moléstia grave): () 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

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

*Preenchimento obrigatório!

**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".

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 do RG e CPF do(a) requerente/pensionista;
- 3) Cópia 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 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);
- 7) Em caso de isenção de imposto de renda encaminhar laudo pericial que comprova a isenção, conforme artigo 30 da Lei 9.250, de 26 dezembro de 1995;
- 8) Documento que comprove a relação de dependência com o titular do plano. No caso de certidão de casamento ou declaração de união estável, deverá ser encaminhado à FUNCEF documento atualizado pelo Cartório.

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.