



## **REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS**

### **PLANO DE BENEFÍCIOS FAF / CNPB 1979.0006-38**

**Patrocinadora:**

\_\_\_\_\_

**Participante:**

\_\_\_\_\_

O Participante/Beneficiário, abaixo assinado, nos termos do Regulamento do Plano, requer o que segue:

- Suplementação de Aposentadoria por Invalidez.
- Suplementação de Aposentadoria por Idade.
- Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição.
- Suplementação de Aposentadoria Especial.
- Suplementação de Pensão.
- Adiantamento de Suplementação.
- Benefício decorrente de opção pelo Benefício Proporcional Diferido.

Para tanto, presta todas as informações que se fazem necessárias e autoriza que sejam feitas as deduções das taxas de contribuição previstas para o benefício requerido, de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios acima identificado, bem como, que o valor líquido do benefício seja creditado na conta bancária informada abaixo. Declara, ainda, estar ciente:

a) que está obrigado a comunicar imediatamente para a BRF Previdência o eventual cancelamento do benefício recebido do Regime Oficial de Previdência, sob pena de restituir os valores recebidos indevidamente, atualizados pela variação do INPC/IBGE mais os juros atuariais.

b) que na hipótese de Adiantamento de Suplementação, a não apresentação da “carta de concessão de benefício” expedida pelo Regime Oficial de Previdência, dentro do prazo de seis meses a contar da data de início do Adiantamento ou a apresentação, a qualquer tempo de “carta de indeferimento de benefício” expedida pelo mesmo regime, acarretará o cancelamento automático do Adiantamento ora solicitado.

**Documentos:**

CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data do desligamento: \_\_\_\_\_

**Dados do participante:**

Rua: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados bancários:**

Banco: \_\_\_\_\_ AG: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INFORME O TIPO DE CONTA: ( ) POUPANÇA ( ) CORRENTE**  
**NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO /NÃO PODE SER CONTA ABERTA PELO INSS**

**Dependentes / Beneficiários:**

| NOME | NASCIMENTO | PARENTESCO | IMP RENDA   | BENEFICIÁRIO  |
|------|------------|------------|---|---|
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
|      |            |            | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |

**Cidade e data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura**

\_\_\_\_\_

**Deferido:**

\_\_\_\_\_

**Indeferido:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Responsável (RH / BRF Previdência):** \_\_\_\_\_