

CNPB

1996.0037-47

PATROCINADORA

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):**2. CPF:****3. Matrícula na Patrocinadora:****4. Telefone Celular:****5. Unidade:****6. E-mail:****7. Requerimento do benefício:**

Venho requerer o benefício de Auxílio-Doença, nos termos do Art. 22 do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev,

8. Aposentado pelo INSS:

SIM



NÃO

9. Dados bancários para pagamento do benefício:**

Banco:

Agência nº:

Nº Conta:

Tipo de Conta



Poupança



Conta Corrente

Comprometo-me a informar ao **Sarah Previdência** as ocorrências que ocasionarem a cessação do benefício.

Estou ciente das penas previstas para o crime de estelionato (reclusão, de 1 a 5 anos, e multa - artigo 171 do Código Penal Brasileiro), como também que estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência de omissão.

Local**Data****Assinatura do Participante**

, de de 20

Representante Legal**10. Documentos para envio a JMP:**

- ✓ Cópia da carta de concessão de auxílio-doença emitida pela previdência social oficial
- ✓ Comunicação de Decisão emitida pela previdência social oficial
- ✓ Relatórios emitidos pelo Médico Assistente e pelo Médico do Trabalho da Patrocinadora
- ✓ Cópia de dados bancários