

CNPB	PATROCINADORA
1996.0037-47	ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):

2. Matrícula na Patrocinadora:

3. Unidade:

4. CPF:

5. E-mail:

6. Endereço:

7. Bairro:

8. Cidade:

9. CEP:

10. UF:

11. Telefone (DDD):

12. Dependente(s) para IRPF:

Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Inválido
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO
			/ /	☐ FEM ☐ MASC	☐ SIM ☐ NÃO

13. Requerimento do benefício:

Venho requerer o benefício de Aposentadoria por Invalidez, nos termos do artigo 19 do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev.

☐ Estou ciente de que, em decorrência da aposentadoria por invalidez, a Reserva Individual de Poupança será paga em parcela única nos termos do Art. 52 do Regulamento.

14. 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.

Ciente ainda 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** , de de 20 **Assinatura do Participante****Representante Legal****15. Documentos anexos:**

- ✓ Cópia da carta de concessão de benefício de invalidez emitida pela previdência social oficial.
- ✓ Relatórios emitidos pelo Médico Assistente e pelo Médico do Trabalho da Patrocinadora.
- ✓ Cópia do documento de RG e CPF.
- ✓ Cópia de dados bancários.