

Requerimento de Benefício

Nome do Participante

Matrícula	Requerente
-----------	------------

Dados do Participante / Requerente

Endereço		Complemento	
Bairro	Cidade		UF
CEP	Telefone Residencial		Celular
E-mail		CPF	Data de nascimento
Banco	Agência	Conta Corrente	

O abaixo assinado requer deste Instituto de Seguridade o benefício de: Aposentadoria por Invalidez
 Complementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição Complementação de Aposentadoria por idade
 Auxílio Doença Acidente de Trabalho Pecúlio por Morte Pecúlio por Invalidez
 Pensão por Morte Auxílio Funeral Estatutário

Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda

Nos termos da legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar que tenho, como encargos de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Situação

Declaro, sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Autorizo o Economus Instituto de Seguridade Social a descontar do benefício requerido quaisquer débitos por ventura existentes com a Entidade.

Em caso de Auxílio Doença e/ou Acidente de Trabalho comprometo-me a devolver os valores pagos indevidamente por qualquer motivo, dentre esses os recebidos devido a alteração da data de início ou data de cessação. Declaro ainda que enviarei uma cópia de todas as perícias que forem realizadas (CREM) para o Economus, estando ciente da cessação da complementação caso o envio não seja realizado.

Local e Data

Assinatura do Participante / Requerente