

À Gepes Brasília II - Brasília (DF)

Dados Pessoais

Nome:

Matrícula: Telefone BB:

Localização:

Agência Conta corrente:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone Residencial: Celular:

Estado civil: Data de Nascimento:

Nr. Pasep: CPF:

Documentos anexos

- Carteira de Trabalho e Previdência Social - CPTS e 2 cópias das folhas que contém anotações.
- Cópia autenticada do RG/CPF.
- Requerimento de Aposentadoria - INSS
- Certificado de Reservista Original ou Certidão do Serviço Militar caso prestado no período superior a 1 ano e 06 meses.
- Outros documentos originais que comprovem tempo de serviço/contribuição para fins do INSS (Certidão de Serviço Público e/ou Militar, carnês e guias de recolhimento).
- Certidão de Nascimento ou de Casamento, autenticada, somente nas aposentadorias por idade.

Local/Data: _____

Assinatura

DEPENDÊNCIA DO FUNCIONÁRIO:

Recebido em: ____/____/____

Assinatura/carimbo do responsável p/ serviço

Gepes Brasília II (DF):

Recebido em: ____/____/____

Assinatura/carimbo do responsável p/ serviço

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

ENDEREÇO DO REQUERENTE: O endereço deve estar completo e legível, visto que a Carta de Concessão de Aposentadoria seguirá via ECT, diretamente da DATAPREV para o endereço informado no requerimento.

TELEFONES: O INSS pode expedir exigências a serem cumpridas em prazo exíguo. Por isso, é indispensável informar os telefones corretos, inclusive o para contato em caso de viagem.

CARTEIRA DE IDENTIDADE E CPF: As cópias devem ser de boa qualidade e autenticadas em cartório.

CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO: O requerente deve fornecer, se possível, endereço, telefone/FAX do órgão expedidor e cópias autenticadas das páginas do Diário Oficial que contém a publicação da nomeação e exoneração em órgãos públicos, para facilitar a pesquisa.

Requerimento de Benefício - Aposentadoria

Tempo de Contribuição Idade

Dados do Segurado

Nome:
Nome da Mãe:
Data Nasc.: Sexo: M F Nacionalidade:
Município de nascimento: CPF:
Identidade: PIS/PASEP:
CTPS/Série: Estado civil:

Está em gozo de benefício do INSS? Sim Não

Número de dependentes para Imposto de Renda:

Endereço para correspondência:
Bairro: Cidade: UF:
CEP: E-mail:
Telefone fixo: Telefone celular:

Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão.

A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

Declaro para fins do disposto art. 29-C da Lei 8213/91, com redação dada pela Lei 13.183/15, que opto pela não aplicação do fator previdenciário, caso preencha os requisitos e desde que mais vantajoso.

De acordo com o Artigo sétimo da Lei 9876/99, concordo em receber minha aposentadoria considerando o valor mais vantajoso.

- CONCORDO** com a aposentadoria proporcional
- NÃO CONCORDO** com a aposentadoria proporcional

Local/Data: _____

Assinatura