

**TERMO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO / DIREITO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome Completo:			
CPF:	RG:	Emissor/UF:	Data de Nascimento:
Data de Admissão:		Data de Desligamento:	
Patrocinador: GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE			
E-mail:			

**2. DADOS BANCÁRIOS PARA CRÉDITO DO BENEFÍCIO**

Banco:	Agência:	Conta:
		( ) POUPANÇA      ( ) CONTA CORRENTE

**3. REQUERIMENTO**

Como participante do Plano de Benefícios Previdenciários GEAPREV, venho requerer o pagamento do benefício abaixo assinalado, estando ciente que minha opção tem caráter irrevogável e irretratável:

- ( ) Aposentadoria programada sem reversão aos beneficiários  
 ( ) Aposentadoria programada com reversão aos beneficiários – Prazo de reversão: \_\_\_ anos  
 ( ) Resgate total da reserva acumulada  
 ( ) Pecúlio por invalidez  
 ( ) Aposentadoria por invalidez sem reversão aos beneficiários  
 ( ) Aposentadoria por invalidez com reversão aos beneficiários – Prazo de reversão: \_\_\_ anos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local e Data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do Requerente c/ Reconhecimento de Firma**

**Para uso exclusivo da Fundação Viva de Previdência**

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo - Gerência de Benefícios**

Deferido

Indeferido - Justificativa do Indeferimento:

**DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA HABILITAÇÃO AOS BENEFÍCIOS**

TIPO DE BENEFÍCIO	DOCUMENTOS
<b>APOSENTADORIA PROGRAMADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Termo de rescisão do contrato de trabalho;</li> <li><input type="checkbox"/> Termo de opção pela aposentadoria com/sem reversibilidade em pensão temporária ou resgate da reserva de poupança;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de conta bancária;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de residência.</li> </ul>
<b>PECÚLIO POR INVALIDEZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documento de concessão de aposentadoria por invalidez expedido por órgão oficial de previdência;</li> <li><input type="checkbox"/> Parecer ou relatório médico expedido por serviço de saúde reconhecido pelo órgão de previdência oficial do participante com registro da patologia que deu origem à aposentadoria por invalidez;</li> <li><input type="checkbox"/> Termo de opção pela aposentadoria com/sem reversibilidade em pensão temporária ou pecúlio ou resgate da reserva de poupança;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de conta bancária;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de residência.</li> </ul>
<b>APOSENTADORIA POR INVALIDEZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documento de concessão de aposentadoria por invalidez expedido por órgão oficial de previdência;</li> <li><input type="checkbox"/> Parecer ou relatório médico expedido por serviço de saúde reconhecido pelo órgão de previdência oficial do participante com registro da patologia que deu origem à aposentadoria por invalidez;</li> <li><input type="checkbox"/> Termo de opção pela aposentadoria com/sem reversibilidade em pensão temporária ou pecúlio ou resgate da reserva de poupança;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de conta bancária;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de residência.</li> </ul>