

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO COPASA SALDADO

**NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO:**

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Supl. Apos. por Invalidez | <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada | <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal | <input type="checkbox"/> Benef. Proporc. Diferido (BPD) p/Recebimento _____ ANOS (de 15 a 30 anos) |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte          | <input type="checkbox"/> Auxílio Reclusão         | <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte    |  |

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Patrocinadora: \_\_\_\_\_ Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

| Nome: | Grau de Parentesco: | Data de Nascimento | Marque X para o Beneficiário de Imposto de Renda |
|-------|---------------------|--------------------|--|
| _____ | _____               | _____              | _____  |
| _____ | _____               | _____              | _____  |
| _____ | _____               | _____              | _____  |
| _____ | _____               | _____              | _____  |
| _____ | _____               | _____              | _____  |

**Declaro junto à fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do requerente