

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

<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade	<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo	<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidaz	<input type="checkbox"/> Supl. Apos. Especial
<input type="checkbox"/> Pensão por Morte	<input type="checkbox"/> Auxílio Doença	<input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte	<input type="checkbox"/> Benef. Proporc. Diferido (BPD) p/Recebimento_____ANOS (de 15 a 30 anos)

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

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

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

Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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

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

**Dados do beneficiário**

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 E ESTOU CIENTE QUE O CÁLCULO DO MEU BENEFÍCIO SERÁ FEITO DE ACORDO COM BASE NOS 12 ÚLTIMOS SALÁRIOS DE PARTICIPAÇÃO EFETIVAMENTE RECOLHIDOS AO PLANO.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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