

CNPB 2013.0017-38	Órgão Patrocinador		
Nome completo (sem abreviações)			
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		Data de nascimento	
CPF	Identidade	Órgão expedidor/UF	
Estado civil	Naturalidade	Nacionalidade	
Endereço completo (avenida, rua, quadra, número, complemento etc)			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular	
Emails (informar em ordem de preferência: institucional/profissional e pessoal)			
Dados Bancários: Tipo de conta <input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança	Nome do banco	Agência	Código/número da conta

REQUEIRO, nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios JusMP-Prev, o pagamento do benefício de:

- APOSENTADORIA NORMAL**; ou
 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.

Para tanto, junto os seguintes documentos:

- Cópia do ato de concessão de aposentadoria no RPPS ou RGPS;
- Cópia simples do RG e CPF do(a) interessado(a) e, se for o caso, do(a) representante legal, com o respectivo instrumento de representação;
- Comprovante da conta bancária individual ou conjunta (por exemplo: cópia da frente do cartão bancário);
- O formulário da Funpresp-Jud de requerimento de benefício suplementar, no caso do participante ter saldo na Reserva Acumulada Suplementar (RAS); e
- O formulário da Icatu de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado, caso o participante tenha contratado a Cobertura Adicional de Risco (Car). A regulação do sinistro será realizada pela seguradora, que poderá solicitar, eventualmente, documentos adicionais.

OPTO por receber o saldo integral da Reserva Acumulada Normal (RAN) em parcela única, tendo em vista que a renda mensal do benefício de aposentadoria normal ou da aposentadoria por invalidez, calculada na forma regulamentar, foi inferior a 3 (três) URPs. Essa opção faz cessar qualquer compromisso do Plano JusMP-Prev para com o(a) participante, seus(suas) beneficiários(as) ou herdeiros(as) legais.

DECLARO ter conhecimento das disposições regulamentares do Plano de Benefícios JusMP-Prev, bem como estar ciente de que o benefício concedido poderá, a qualquer momento, ser revisto no caso de erro material, nos termos do art. 34 do referido Regulamento do Plano.

_____, ____/____/____. _____
Local e data Assinatura do(a) interessado(a)

Dados a serem preenchidos pelo responsável da Funpresp-Jud:

_____, ____/____/____. _____
Local e data do protocolo Carimbo e assinatura do responsável

O(s) formulário(s), que estão disponíveis no sítio eletrônico da Funpresp-Jud, devem ser entregues ou enviados à Fundação (para o endereço: Setor Comercial Norte, quadra 4, bloco B, Edifício Varig, Torre Sul, 8º andar, sala 803, Asa Norte, Brasília/DF, CEP: 70.714-020).