

**Requerimento de Benefício**

Regulamento Complementar 01

Nome do Participante
----------------------

Matrícula	Requerente
-----------	------------

**Dados do Participante / Requerente**

Endereço		Complemento		
Bairro	Cidade		UF	
CEP	Telefone Residencial		Celular	
E-mail		CPF		Data de nascimento
Banco		Agência		Conta Corrente

O abaixo assinado requer deste Instituto de Seguridade o benefício de: **Aposentadoria por Invalidez**

Complementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição	Complementação de Aposentadoria por idade		
Auxílio Doença	Acidente de Trabalho	Pecúlio por Morte	Pecúlio por Invalidez
Pensão por Morte	Auxílio Funeral Estatutário		

**Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda**

Nos termos da legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar que tenho, como encargos de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Nome	CPF	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

Declaro, sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Autorizo o Economus Instituto de Seguridade Social a descontar do benefício requerido quaisquer débitos por ventura existentes com a Entidade.

Em caso de Auxílio Doença e/ou Acidente de Trabalho comprometo-me a devolver os valores pagos indevidamente por qualquer motivo, dentre esses os recebidos devido a alteração da data de início ou data de cessação. Declaro ainda que enviarei uma cópia de todas as perícias que forem realizadas (CREM) para o Economus, estando ciente da cessação da complementação caso o envio não seja realizado.

---

**Local e Data**

---

**Assinatura do Participante / Requerente**