

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E PREVIDENCIÁRIA DA EMATERCE – FAPECE
DIRETORIA DE SEGURIDADE – DS
REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO - SUPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA

Sr. Presidente,

Eu, _____ Matrícula _____
CPF _____ RG _____ venho requerer nesta data, conforme o
Título V – dos Benefícios -Capítulo I, Artigo 42 do Regulamento da FAPECE, a concessão do Benefício abaixo especificado.

TIPOS DE BENEFÍCIOS

- Suplementação de aposentadoria por Invalidez : ()
Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição: ()
Suplementação de Aposentadoria por Idade: ()
Suplementação Benefício Proporcional Diferido: ()
Suplementação de Aposentadoria Especial: ()

DADOS DO BENEFICIÁRIO:

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro _____ Telefone: Residência _____ Celular: _____
e-mail _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Banco para depósito do Benefício : _____ Agência _____ Nome da agência _____
Número da Conta _____ Tipo de conta : Corrente () Poupança ()
Fortaleza, de de 20 _____

Assinatura Legível

Anexar ao presente os seguintes documentos:

- 01 – Cópia autenticada do original da Rescisão de Contrato de Trabalho com a EMATERCE
- 02 – Cópia autenticada do original Carta de Concessão de Benefício, fornecida pelo INSS
- 03 – Cópia autenticada do original Carteira Identidade
- 04 – Cópia autenticada do original CPF
- 05 – Autorização de Desconto para SEGURO

Recebido pela Fapece em ____/____/____ Nome: _____