PETROS

REQUERIMENTO DE ABONO POR INVALIDEZ

PLANO ALESAT

TTD.: 100.5

DADOS DO PARTICIPANTE			
Nome Completo			Matrícula Petros
Natureza do doc. de Identificação	Nº do doc. de Identificação	Data da Emissão	Órgão Expedidor / UF
CPF	Estado Civil	Nome do Cônjuge	Data Nascim. Cônjuge
Patrocinadora	Matrícula na Patrocinadora	Data de Inscrição no Plano	Data Aposentadoria INSS

ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	País
CEP	DDD/Telefone 1. 2.	E-Mail	

DADOS BANCÁRIOS (anexar comprovante bancário)			
Banco (código / nome)	Agência (código / nome)	Conta Corrente	UF

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL(Curador/Tutor/Procurador) (Anexar cópia dos documentos comprobatórios e da identidade e do CPF)				
Nome Completo				
Tipo de Representante Legal (Curador/Tutor/Procurador)	Documento Apresentado	Data de Validade Documento		
CPF	Natureza do doc. de Identificação	Nº do doc. de Identificação	Data da Emissão	Órgão Expedidor / UF

ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	País
CEP	DDD/Telefone 1. 2.	E-Mail	

Requeiro o Abono por Invalidez, autorizando desde já, a dedução de qualquer débito porventura existente nessa Fundação.
Estou ciente que, tendo ingressado no Plano ALESAT já aposentado pela Previdência Social, o pagamento do Abono por Invalidez está condicionado ao reconhecimento da invalidez por junta médica indicada pela Patrocinadora.
Sendo assim, efetivado o depósito bancário do valor do benefício acima referido, dou rasa, plena e geral quitação à Fundação Petrobras de Seguridade Social – Petros, nada mais tendo a receber em relação aos demais benefícios previstos no Plano.

Local e Data — Assinatura do Requerente /Representante Legal

PARA USO DA PATROCINADORA:

Área Médica (Observações e Parecer):

Local e Data — Assinatura e Carimbo do Responsável

Conferidos os dados informados pelo Participante

Data de remessa à Petros — Assinatura e Carimbo do Responsável