



# SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO - SOB (GSS-02)



1 INFORMAÇÕES PESSOAIS					
NOME	DATA NASCIMENTO	NACIONALIDADE	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	SEXO
	/ /				Fem. Masc.
ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE		CEP	UF

DOCUMENTAÇÃO		DADOS BANCÁRIOS		CONTATO	
IDENTIDADE:	CPF:	BANCO:		TEL:	
ÓRGÃO EMISSOR:	PIS:	AGÊNCIA:		CEL:	
DATA DE EXPEDIÇÃO: / /	CTPS:	C/C:			

NOME DO PAI
NOME DA MÃE

NOME DO CONJUGE	DATA DE NASCIMENTO DO CONJUGE / /
-----------------	--------------------------------------

E-MAIL:	POLITICAMENTE EXPOSTO <sup>(1)</sup> SIM NÃO
---------	---

<sup>(1)</sup>DEFINIÇÃO PREVISTA NA INSTRUÇÃO MPS/SPC 26, DE 01/09/2008.

2 INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS					
MATRÍCULA FUNCIONAL	EMPRESA	REMUNERAÇÃO (R\$)	DATA DA ADMISSÃO / /	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	ESCOLARIDADE

3 TIPO DE BENEFÍCIO			
APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	APOS. TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	AUXÍLIO DOENÇA	PENSÃO
APOSENTADORIA POR IDADE	APOSENTADORIA ESPECIAL	BPD	AUXÍLIO RECLUSÃO

### BENEFICIÁRIOS (PREENCHER SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO – BPD)

Declaro, para os devidos fins, que os meus beneficiários aptos, nesta data, ao recebimento do benefício de pensão por morte, são:

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO	CPF
	/ /		Fem. Masc.	
	/ /		Fem. Masc.	
	/ /		Fem. Masc.	

Declaro estar ciente de que a suspensão do benefício - INSS deverá ser comunicada imediatamente ao NUCLEOS.

____/____/____ Data	_____ Assinatura do Participante
------------------------	-------------------------------------

____/____/____ Data	_____ Funcionário NUCLEOS	____/____/____ Data	_____ Gerência de Seguridade Supletiva
------------------------	------------------------------	------------------------	---

____/____/____ Data	_____ Diretoria de Benefícios
------------------------	----------------------------------