

REQUERIMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA
DADOS DO REQUERENTE

NOME					
MARIO					
PATROCINADOR		MATRICULA		CPF	
BNDES					
LOTAÇÃO / SALA		TEL Residencia	TEL Comercial	TEL Celular	DATA DE NASCIMENTO
					SEXO
ENDEREÇO					
BAIRRO		CEP		CIDADE	
E-MAIL					
BANCO (Cód. / Nome)		AGÊNCIA		CONTA CORRENTE	

DADOS DO BENEFÍCIO

TIPO DE COMPLEMENTAÇÃO DE AUXÍLIO DOENÇA:

 PREVIDENCIÁRIO
 ACIDENTÁRIO
 RESOLUÇÃO CD Nº 18/2006 DIB INSS *

* Para os benefícios concedidos à luz da Resolução CD nº 18/2006, participantes ativos mas já aposentados pelo INSS, solicitamos informar Data de Início do Benefício de Aposentadoria INSS.

DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO - DIB FAPES -

As comunicações / publicações da FAPES deverão ser a mim divulgadas de forma:

- Eletrônica, através do e-mail acima registrado; ou
- Impressa, através de envio para o endereço de correspondência cadastrado.

Observação: permanecerão sendo enviados pelos Correios os impressos de comprovantes de IR, posição de empréstimos, contracheques, pagamentos a médicos e semelhantes.

Pelo presente, venho requerer o benefício de Complementação do Auxílio-Doença, com base no Regulamento do Plano Básico de Benefícios da FAPES, atestando serem verdadeiras as informações acima registradas.

 LOCAL

 DATA

 ASSINATURA