



SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO - SOB (GSS-02)



1		INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME:		MATRÍCULA FUNCIONAL:	

2				TIPO DE BENEFÍCIO			
<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	<input type="checkbox"/>	APOS. TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO	<input type="checkbox"/>	AUXÍLIO DOENÇA	<input type="checkbox"/>	PENSÃO
<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA POR IDADE	<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA ESPECIAL				

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

Data e Assinatura do Participante	
Data	

Funcionário NUCLEOS	Ger. Seguridade
Data	Data

Data e Ass. Diretoria de Benefícios
Data

Beneficiários menores de 12 anos (pensão por morte):

() Declaro ser responsável legal do beneficiário menor indicado, nos termos no art. 14, §1º, da Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade das informações prestadas.

() Não sendo o responsável legal do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima indicados, comprometo-me a entregar em anexo a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelo seu responsável.