

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

PLANO DE BENEFÍCIOS FAF / CNPB1979.0006-38

**Patrocinadora:**

---

**Participante:**

---

O Participante/Beneficiário, abaixo assinado, nos termos do Regulamento do Plano, requer o que segue:

- Suplementação de Aposentadoria por Invalidez.
- Suplementação de Aposentadoria por Idade.
- Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição.
- Suplementação de Aposentadoria Especial.
- Suplementação de Pensão.
- Adiantamento de Suplementação.
- Benefício decorrente de opção pelo Benefício Proporcional Diferido.

Para tanto, presta todas as informações que se fazem necessárias e autoriza que sejam feitas as deduções das taxas de contribuição previstas para o benefício requerido, de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios acima identificado, bem como, que o valor líquido do benefício seja creditado na conta bancária informada abaixo. Declara, ainda, estar ciente:

a) que está obrigado a comunicar imediatamente para a BRF Previdência o eventual cancelamento do benefício recebido do Regime Oficial de Previdência, sob pena de restituir os valores recebidos indevidamente, atualizados pela variação do INPC/IBGE mais os juros atuariais.

b) que na hipótese de Adiantamento de Suplementação, a não apresentação da “carta de concessão de benefício” expedida pelo Regime Oficial de Previdência, dentro do prazo de seis meses a contar da data de início do Adiantamento ou a apresentação, a qualquer tempo de “carta de indeferimento de benefício” expedida pelo mesmo regime, acarretará o cancelamento automático do Adiantamento ora solicitado.

**Documentos:**

CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data do desligamento: \_\_\_\_\_

**Dados** \_\_\_\_\_ **do** \_\_\_\_\_ **participante:**

Rua: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados bancários:**

Banco: \_\_\_\_\_ AG: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INFORME O TIPO DE CONTA: ( ) POUPANÇA ( ) CORRENTE**

**NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO /NÃO PODE SER CONTA ABERTA PELO INSS**

**Dependentes / Beneficiários:**

NOME	NASCIMENTO	PARENTESCO	IMP RENDA	BENEFICIÁRIO
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
				S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
				S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

**Cidade e data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura**

\_\_\_\_\_

**Deferido:**

\_\_\_\_\_

**Indeferido:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Responsável (RH / BRF Previdência):** \_\_\_\_\_

**APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO, POR IDADE ou APOSENTADORIA ESPECIAL**

- Requerimento de benefício ([anexo](#))
- Declaração de aposentadoria antecipada (para participantes com menos de 55 anos de idade; 53 anos de idade se for aposentadoria especial ([anexo](#)));
- Declaração de beneficiários (anexa)
- Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho (autopatrocinado não é necessário);
- Cópia da Carta de Concessão do INSS com o tempo de Contribuição (fornecido pelo INSS);
- Cópia do extrato do benefício do INSS atualizado (disponível no site do INSS);
- Cópia da Certidão Casamento ou União Estável;
- Cópias do RG e CPF do titular do plano;
- Cópias do RG e CPF do cônjuge;
- Cópias do RG e CPF dos filhos menores de 21 anos; ou certidão de nascimento;
- Termo de Procuração para pessoas não alfabetizada/incapaz/curatela/tutela (se for o caso);
- Cópia de Comprovante de endereço e telefones atualizados para contato;
- Cópia de um comprovante de conta para crédito do benefício (pode ser um extrato, print ou cartão, desde que seja legível qual banco, agência e conta).

Enviar a documentação completa em nosso e-mail [atendimento@brfprevidencia.com.br](mailto:atendimento@brfprevidencia.com.br). Depois disso, enviar apenas o **Requerimento de benefício original** via correio para: BRF Previdência - Avenida Paulista nº 2.493 , 10º andar - Condomínio Edifício Eloy Chaves, Bela Vista São Paulo/ SP - CEP 01311-936

**PENSÃO POR MORTE**

- Requerimento de benefício ([anexo](#)). Assinalar a opção ( ) **Suplementação de Pensão**
- Declaração de beneficiários (anexa)
- Cópia da Carta de Concessão do INSS (fornecido pelo INSS);
- Cópia da Certidão PIS/PASEP (fornecido pelo INSS);
- Cópia da Certidão de óbito;
- Cópia do extrato do benefício do INSS atualizado (disponível no site do INSS);
- Cópia da Certidão Casamento ou União Estável;
- Cópias do RG e CPF do cônjuge;
- Cópias do RG e CPF dos filhos menores de 21 anos; ou certidão de nascimento;
- Termo de Procuração para pessoas não alfabetizada/incapaz/curatela/tutela (se for o caso);
- Cópia de Comprovante de endereço e telefones atualizados para contato;
- Cópia de um comprovante de conta para crédito do benefício (pode ser um extrato, print ou cartão, desde que seja legível qual banco, agência e conta).

Enviar a documentação completa em nosso e-mail [atendimento@brfprevidencia.com.br](mailto:atendimento@brfprevidencia.com.br). Depois disso, enviar apenas o **Requerimento de benefício original** via correio para: BRF Previdência - Avenida Paulista nº 2.493 , 10º andar - Condomínio Edifício Eloy Chaves, Bela Vista São Paulo/ SP - CEP 01311-936

**APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

- Requerimento de benefício ([anexo](#)). Assinale a opção ( ) **Suplementação de Aposentadoria por Invalidez** plano e descer até o final da página;
- Declaração de beneficiários (anexa)
- Cópia da Carta de Concessão do INSS (fornecido pelo INSS);
- Cópia do extrato do benefício do INSS atualizado (disponível no site do INSS);
- Cópia da Certidão Casamento ou União Estável;
- Cópias do RG e CPF do titular do plano;
- Cópias do RG e CPF do cônjuge;
- Cópias do RG e CPF dos filhos menores de 21 anos; ou certidão de nascimento;
- Termo de Procuração para pessoas não alfabetizada/incapaz/curatela/tutela (se for o caso);
- Cópia de Comprovante de endereço e telefones atualizados para contato;
- Cópia de um comprovante de conta para crédito do benefício (pode ser um extrato, print ou cartão, desde que seja legível qual banco, agência e conta).

Enviar a documentação completa em nosso e-mail [atendimento@brfprevidencia.com.br](mailto:atendimento@brfprevidencia.com.br).

Depois disso, enviar apenas o **Requerimento de benefício original** via correio para: **BRF Previdência - Avenida Paulista nº 2.493 , 10º andar - Condomínio Edifício Eloy Chaves, Bela Vista São Paulo/ SP - CEP 01311-936**

Portador \_\_\_\_\_,  
do CPF nº \_\_\_\_\_ participante do Plano de Benecios FAF,  
administrado pela BRF Previdência, ao solicitar concessão de benecio, DECLARO, para todos os  
fins de direito e sob minha responsabilidade, o que segue:

1. Declaro estar plenamente ciente das disposições do Regulamento do Plano de Benecios FAF\*  
relavas à definição de beneficiários, especialmente aquelas relavas à definição de  
beneficiários, aos critérios de elegibilidade e às condições para habilitação ao recebimento de  
benecios e pensões, reconhecendo que tais regras devem ser observadas conforme o previsto  
no referido Regulamento.

2. Reconheço que, nos termos do Regulamento do Plano de Benecios FAF, beneficiários são os  
dependentes expressamente previstos e regularmente inscritos no Plano até a concessão do  
benecio, os quais, desde que atendidos os requisitos regulamentares, poderão ser elegíveis ao  
recebimento do benecio de Suplementação de Pensão, quando do meu falecimento.

3. Confirmo que a relação de beneficiários apresentada abaixo decorre exclusivamente de  
informações e documentos por mim fornecidos à BRF Previdência, constituindo manifestação  
atual e voluntária da minha vontade, estando ciente de que a comprovação do enquadramento  
e da elegibilidade do beneficiário deverá ocorrer na data da concessão da Suplementação de  
Pensão.

Beneficiário (Nome Completo)	CPF nº	Vínculo (Cônjuge, Companheiro (a), Filho (a), Pai/mãe)

4. Declaro que todos os dados informados são completos, verdadeiros e atualizados,  
responsabilizando-me integralmente por sua exatidão, e reconheço que eventuais divergências,  
omissões ou inconsistências nas informações serão de minha inteira responsabilidade.

5. Comprometo-me a comunicar formalmente à BRF Previdência qualquer alteração nas  
informações relavas aos meus beneficiários, especialmente qualquer fato que possa impactar sua  
elegibilidade perante o Plano de Benecios FAF.

6. Estou ciente de que, após a concessão do meu benecio, a inclusão de beneficiário, ainda que  
por determinação judicial, somente será permitida mediante o pagamento de joia calculada  
atuariamente, conforme previsto no Regulamento do Plano de Benecios FAF.

\*Argo 6º - São beneficiários os dependentes do participante inscritos  
neste Plano de Benecios, a saber:

Declaração de Beneficiários Plano FAF  
Concessão de Benecio

I - o cônjuge; o companheiro ou a companheira, inclusive do mesmo sexo, desde que

reconhecida a condição pelo Regime Oficial de Previdência;

II - os filhos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos;

III - o pai inválido e a mãe.

§1º - A existência de beneficiários de qualquer das classes previstas nos incisos I e II deste ar go, exclui automaticamente os das classes

previstas no inciso III deste ar go,

para efeito de recebimento das prestações asseguradas por este Regulamento.

§2º - O(a) filho(a) ~~será considerado inválido(a) para efeito deste ar go, o(a) filho(a) inválido(a) que dependa de assistência, enquanto perdurar esta condição. A invalidez poderá ser verificada, periodicamente, por corpo clínico indicado pela Endade mediante convocação para a realização de exame médico.~~

§3º - O participante, por ocasião da inclusão de beneficiário(s), deverá ficar ciente da obrigação de comunicar qualquer alteração posterior nas condições de dependência, sem prejuízo da faculdade que a Endade tem de realizar verificações periódicas.

§4º - A inscrição de beneficiários pelo participante, inclusive por determinação judicial, após a concessão do benecio, somente poderá ser realizada mediante pagamento de joia calculada atuarialmente.

§5º - Será considerado assido o beneficiário em gozo de Suplementação de Pensão assegurada por este Plano.

§6º - Na ausência de beneficiário inscrito no Plano, o valor correspondente ao Resgate, apurado nos termos da Seção IV do Regulamento, ~~será pago ao herdeiro do participante, inclusive quando este for beneficiário de assido, designados em inventário judicial, salvo quando prescrito.~~

§7º - No caso de ingresso de beneficiário, inclusive beneficiário assido, sem observância do previsto no §4º, a joia será descontada do benecio percebido, quando da concessão do benecio de Suplementação de Pensão.

§8º - O enquadramento nas categorias definidas no caput deve ser comprovado na data de concessão de benecio de renda ou suplementação ao beneficiário e independe do enquadramento em uma das categorias do caput na data da inscrição

do beneficiário.

-----  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura