



REQUERIMENTO DE REGULARIZAÇÃO DE RECADASTRAMENTO/PROVA DE VIDA E DE DESCONTOS EM FOLHA DE PAGAMENTO

1. DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO(A)

Nome Civil Completo:		
Registro Funcional:	Tipo de Benefício: <input type="checkbox"/> Pensão por morte <input type="checkbox"/> Aposentadoria	
Endereço:		Nº
Complemento:	Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF:
E-mail:		Data de Nascimento:
Telefone:	Celular:	Recado:

2. REQUERIMENTO

O(A) beneficiário(a) acima identificado(a), ciente da suspensão do pagamento do benefício previdenciário em razão da ausência da realização do recadastramento obrigatório no mês de aniversário, conforme determina o art. 39 da Lei Complementar nº 949, de 07 de junho de 2023, solicita a **REGULARIZAÇÃO** da situação e o restabelecimento dos pagamentos suspensos. Ciente de que o valor dos pagamentos **suspensos** não poderá ser depositado na conta-salário cadastrada, por limitações técnico-administrativas, informa os dados bancários para esse depósito específico:

Banco: _____ Agência: _____ Conta Bancária: _____ Operação: _____

3. TERMO DE CIÊNCIA QUANTO À REGULARIZAÇÃO DOS DESCONTOS EM FOLHA DE PAGAMENTO

O(A) beneficiário(a) acima identificado(a) compromete-se a proceder à regularização dos descontos em folha de pagamento autorizados, referentes ao período de suspensão junto às respectivas entidades.

Praia Grande, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do **beneficiário** ou do **representante**
com procuração com firma reconhecida

Assinatura do **assistente** do beneficiário maior
de 16 anos e menor de 18 anos