

TTD: 100.5

DADOS DO PARTICIPANTE				
Nome Completo				Matrícula Petros
Natureza do doc. de Identificação	Nº do doc. de Identificação		Data da Emissão	Órgão Expedidor / UF
CPF	Estado Civil	Nome do Cônjuge		Data Nascim. Cônjuge
Patrocinadora	Matrícula na Patrocinadora	Data de Inscrição no Plano		Data Aposentadoria INSS
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	País
CEP	DDD/Telefone 1. 2.		E-Mail	
DADOS BANCÁRIOS (anexar comprovante bancário)				
Banco (código / nome)		Agência (código / nome)		Conta Corrente UF
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Curador/Tutor/Procurador) (Anexar cópia dos documentos comprobatórios e da identidade e do CPF)				
Nome Completo				
Tipo de Representante Legal (Curador/Tutor/Procurador)		Documento Apresentado		Data de Validade Documento
CPF	Natureza do doc. de Identificação	Nº do doc. de Identificação	Data da Emissão	Órgão Expedidor / UF
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	País
CEP	DDD/Telefone 1. 2.		E-Mail	
Requeiro o Abono por Invalidez, autorizando desde já, a dedução de qualquer débito porventura existente nessa Fundação. Sendo assim, efetivado o depósito bancário do valor do benefício acima referido, dou rasa, plena e geral quitação à Fundação Petrobras de Seguridade Social – Petros, nada mais tendo a receber em relação aos demais benefícios previstos no Plano.				
_____			_____	
Local e Data			Assinatura do Requerente /Representante Legal	
PARA USO DA PATROCINADORA:				
Área Médica (Observações e Parecer):				
_____			_____	
Local e Data			Assinatura e Carimbo do Responsável	
Conferidos os dados informados pelo Participante				
_____			_____	
Data de remessa à Petros			Assinatura e Carimbo do Responsável	