



Para todos os momentos da vida.

Requerimento – Alteração do Benefício Recebido
PLANO SETORIAL FIEMG PREVIDÊNCIA

DADOS DO ASSISTIDO

Nome:		Matrícula:	
Data de Nascimento:	Identidade:	CPF:	
Endereço residencial:		Número:	
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
CEP:	Telefone:	País:	
E-mail:			

DA ALTERAÇÃO DO VALOR DO BENEFÍCIO DE ACORDO COM O ART. 39

Art. 39 - Após início do pagamento do Benefício, mediante requerimento, o Assistido poderá alterar o prazo ou o percentual escolhido de pagamento no mês de Janeiro de cada ano, para vigorar a partir do mês subsequente, e, não havendo manifestação, o percentual ou o prazo vigente será mantido.

Art. 40 - Se a qualquer momento após o início do pagamento, o valor da Renda Mensal vier a resultar inferior a URP, o saldo remanescente da Conta Individual Benefício Concedido será pago em parcela única, encerrando-se todos os compromissos do Plano Setorial FIEMG Previdência com o Assistido e seus Beneficiários.

REQUERIMENTO

Solicito alteração do prazo ou do percentual de benefício, abaixo assinalado:

() Renda Mensal por prazo determinado: de _____ meses para _____ meses (mínimo 60 meses e máximo 360 meses)

() Renda Mensal em Percentual do Saldo de Contas: de _____% para _____% (entre 0,1% e 1,5%)

Local e data:

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____. **Assinatura:** _____

RESERVADO À MAIS PREVIDÊNCIA

Data: _____/_____/_____ **Assinatura:** _____