



Fundação de Previdência Complementar
do Estado do Espírito Santo

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Dados do Solicitante			
Nome Completo:			
Nacionalidade:		Estado Civil:	
Profissão:		CPF:	
RG:		Telefone:	
Cargo:	Órgão:	Número Funcional:	
E-mail:			
Endereço			
Logradouro:	Bairro:	Número:	
CEP:	Cidade:	UF:	

Venho por meio desta, requerer nas formas do Regulamento do respectivo Plano de Benefícios que me seja concedido o **benefício da aposentadoria por invalidez**, pelo que faço juntar a presente cópia dos atos realizados pelo IPAJM/INSS por intermédio do Processo N° _____, que atestam ser possuidor(a) dos requisitos formais para concessão do benefício requerido à essa Fundação.

Regime de tributação	
A Lei 14.803/2024, que entrou em vigor em 11/01/2024, permite aos participantes de planos de previdência complementar a optarem pelo regime de tributação por ocasião do benefício ou da requisição do primeiro resgate feita após a publicação desta Lei. Neste contexto favor escolher qual será o tipo de tributação:	
Regressivo	Progressivo

Local e data:

Assinatura do requerente:

No caso de requerimento realizado por procurador, deverá ser apresentado no ato da entrada do requerimento, instrumento de Procuração Particular ou Público, outorgando ao representante do requerente, com poderes específicos para representar ao beneficiário e, no caso de instrumento de Procuração Particular, deverá ser realizado o reconhecimento da firma de seu emissor.