



REQUERIMENTO DE ADIANTAMENTO DE BENEFÍCIO

PLANO DE REFORÇO

CNPB N° 1998.0032-56

| | | |
|------------------------|---------------------------|------------|
| NOME: | | MATRÍCULA: |
| CPF: | E-MAIL PESSOAL: | |
| TELEFONE FIXO COM DDD: | TELEFONE CELULAR COM DDD: | |

Solicito **ADIANTAMENTO** do pagamento do Benefício mensal a partir do mês de Janeiro do próximo ano.

Estou ciente que o adiantamento será realizado no dia 20 de cada mês, e poderá ser suspenso pela Sabesprev, mediante envio de comunicado prévio ao e-mail cadastrado, caso a realização do adiantamento comprometa os descontos devidos no fechamento da folha, sendo que o adiantamento corresponderá à 35% do valor do benefício mensal.

Solicito **CANCELAMENTO DO ADIANTAMENTO** do pagamento do Benefício mensal a partir do próximo mês.

Estou ciente que o cancelamento da opção pelo adiantamento do benefício permanecerá vigente a partir do mês seguinte desta solicitação. Nova solicitação de adiantamento do Benefício mensal será possível somente nos meses de outubro, novembro ou dezembro, para vigorar a partir de janeiro do ano seguinte.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Local

Data

Assinatura do Participante