

O Participante abaixo indicado requer na forma do disposto no Regulamento de Benefícios Previdenciário I Saldado a concessão do BSPS por **Auxílio Doença**.

DADOS DO PARTICIPANTE:

Nome:		NP:	CPF:	Data Nascimento:	
Endereço:			Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:		CEP:	UF:	
Telefone:		Celular:			
E-mail:					

DADOS BANCÁRIOS:

Banco:		Nº. Agência:
Conta:	Tipo de Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	

DADOS DO BENEFÍCIO NO INSS:

Número do Benefício:	DIB (Data de Início do Benefício):	DCB (Data da Cessação do Benefício):
----------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Declaro ter ciência de que esse benefício será devido pela Sociedade durante a vigência do auxílio doença na Previdência Social ou período atestado por clínico credenciado pela Patrocinadora, desde que não exceda a 12 meses.

(Local / Data)

(Assinatura do Participante)

PARA USO EXCLUSIVO DA GERDAU PREVIDENCIA

Elaboração:	Aprovação:
-------------	------------