

**REQUERIMENTO (RESTABELECIMENTO DE BENEFÍCIO)**

Ao Ilmo Sr.

Diretor Presidente do Fundo Previdenciário do Estado do AMAZONAS

, estado civil ,

portador (a) do RG. nº  e CPF nº

residente e domiciliado (a)

, Bairro: , Cidade:

, UF , CEP , TEL.(  ) - , vem

**requerer o Restabelecimento do Benefício, em razão de:**

Representante Legal

NOTAS:

- 1) Declaro sob as penas da Lei (artigos 171 e 299 ambas do Código Penal) que me responsabilizo pelas informações aqui prestadas, ciente de que qualquer declaração falsa importa em responsabilidade criminal, além da devolução das importâncias recebidas indevidamente.
- 2) Declaro estar ciente de que a Revisão ora solicitada, será efetuada em todos os códigos de ganho, podendo ocorrer ou não redução do benefício.

Nestes termos,

Peço deferimento.

Nome segurado e CPF