

REQUERIMENTO – (RESTABELECIMENTO DE BENEFÍCIO – PENSÃO)

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 [] . na condição
de, [] (a)ex-segurado (a) [] servidor (a) vem
requerer o restabelecimento do benefício:

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