

**FICHA DE ANÁLISE DO DIREITO E CONTRATAÇÃO DE CLIENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AÇÃO PRETENDIDA:** **REVISÃO DA VIDA TODA**  **\**Senha do* MEU INSS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Data:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |
| **Nome do Beneficiário:** | | Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) | |
| CPF: | | RG Nº: | |
| Profissão: | | Estado Civil: | |
| Data de Nascimento: | | | |
| Endereço: | | Bairro: | sssss |
| Cidade: | UF: | CEP: |  |
| Número do Benefício: | | NIT(s) nº | |
| Tipo do Benefício: | | CTPS: | |
| Fone: Whatsapp: sim ( ) não ( ) Titular da linha:  Fone: Whatsapp: sim ( ) não ( ) Titular da linha: | | | |
| E-mails: | | | |
| **Documentação Necessária do(a) Aposentado(a):** | | | |
| ***Documentos pessoais*:** **RG, CPF, E CARTEIRA DE TRABALHO.**  ***Documentos do INSS*:** **CARTA DE CONCESSÃO E MEMÓRIA DE CÁLCULO** E **SENHA DO “MEU INSS”**. | | | |
|  | | | |
| **Qualificação do(a) falecido(a) – Para o caso de Pensão por Morte** | | | |
| **Nome:** | | **RG Nº:** | |
| CPF: | | Data do óbito: | |
| Tipo do Benefício: | | Núm. do Benefício: | |
| CTPS: | | NIT(s): | |
| **Documentação Necessária do(a) falecido(a):** | | | |
| ***Documentos pessoais*:** **RG, CPF, CARTEIRA DE TRABALHO, CERTIDÃO DE CASAMENTO E CERTIDÃO DE ÓBITO.**  ***Documentos do INSS*:** **CARTA DE CONCESSÃO E MEMÓRIA DE CÁLCULO**. | | | |
| **OBS: Favor enviar a FICHA DE ANÁLISE e TODA A DOCUMENTAÇÃO, para o E-mail: beneficio@sindiapi.com.br** | | | |
| **Anotações:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Cliente**

***(conforme RG e/ou CNH – o que for mais atual)***

