

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS

AGÊNCIA \_\_\_\_\_

A CHEFIA DO SETOR DE BENEFÍCIOS

Número de benefício: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome completo),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil),  
inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e RG sob o nº \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado na Rua/Avenida \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro  
\_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, vem,  
perante Vossa Excelência, requerer a renúncia do benefício de aposentadoria NB  
\_\_\_\_\_ e, em ato contínuo, a concessão de nova aposentadoria,  
com início do benefício na presente data, sendo aproveitadas para tanto todas as  
contribuições previdenciárias vertidas anteriormente e a partir da concessão do  
benefício ora alvo da renúncia.

Salienta-se que a renúncia ora pleiteada se restringe ao recebimento do  
benefício, não se estendendo ao tempo de serviço e respectivas contribuições que  
compuseram o benefício a que se renuncia.

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Requerente