

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