REQUERIMENTO PARA REVISÃO DE BENEFÍCIO

☐ Aposentadoria ☐ Pensão

Nº do benefício:

(Apresentar os motivos de fato e de direito que justifiquem o pedido de revisão, nos termos do art. 54, II da Lei 10.177/1998)

Nome do Requerente				
Nome do Pai	Nome da Mãe			
CPF	RG	Órgão Emissor	UF	Data da Emissão
Endereço (Rua / Av. / Nº)	Bairro			
Cidade	Estado	CEP		
Telefone (DDD / Número)	E-mail			

Se pensionista, preencher o quadro abaixo:

Nome do Ex-Contribuinte/Ex-Servidor

Local	Data	Assinatura