

REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL - MSPREV

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes – Campo Grande

CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: www.ageprev.ms.gov.br**REQUERIMENTO DE REVISÃO DE APOSENTADORIA OU REFORMA – v. 1.5****ÓRGÃO/ENTIDADE QUE CONCEDEU O BENEFÍCIO****IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

NOME COMPLETO		PRONTUÁRIO/MATRÍCULA
NOME SOCIAL		
NIT/PIS/PASEP	RG (Nº E EMISSOR)	CPF
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
BAIRRO	CIDADE	CEP
EMAIL	TELEFONE	

INFORMAÇÕES SOBRE ORIGEM DO BENEFÍCIO

CARGO/FUNÇÃO/POSTO OU GRADUAÇÃO	CLASSE/NÍVEL/REFERÊNCIA
ATO DE CONCESSÃO (tipo, número e data) _____, nº _____, de ____ / ____ / ____	DATA DA PUBLICAÇÃO D.O. de ____ / ____ / _____, página _____
Nº PROCESSO CONCESSÃO DO BENEFÍCIO	MÊS DO HOLERITE JUNTADO AO PROCESSO DE _____

REQUERIMENTO

O Beneficiário, acima qualificado, tendo em vista disposições da Lei n. 3.150, de 22 de dezembro de 2005, requer a revisão do seu ato de concessão de [] aposentadoria [] reforma, em virtude do valor do provento não estar sendo calculado considerando:

[] o seu tempo de contribuição para a previdência social, que deve ser de _____ dias

[] o seu tempo de serviço público, anterior a 16 de dezembro de 1998, que deve ser _____ dias

[] o valor da gratificação/adicional de _____
que deve corresponder a R\$ _____

[] a não inclusão na base de cálculo da(o) _____

OBSERVAÇÕES

SEGURADO

_____, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DOCUMENTOS (assinale aqueles que estão sendo recebidos)**CÓPIA:** [] do RG; [] do CPF; [] comprovante de residência; [] último holerite; [] Contestação.

ATENÇÃO: Só serão aceitas cópias autenticadas em cartório ou por veracidade atestadas por servidor público ou do órgão/entidade de lotação, identificado por carimbo contendo a expressão 'confere com o original' e nome completo, cargo e matrícula do agente que atestar.