

Nome do Participante:

CPF:

Nome do representante Legal:

CPF:

\*Menores 18 (dezoito) anos

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO - PENSÃO POR MORTE

Nome do beneficiário:

CPF:

RG:

Data de Nasc.:

Fone:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail:

Como beneficiário do participante do OABPrev-SC, venho requerer, na forma prevista no Regulamento do referido Plano de Benefícios Previdenciários do Advogado, a concessão do benefício de pensão por morte, conforme a seguir especificado:

Renda mensal por prazo indeterminado.

Renda mensal por prazo determinado: % (mínimo de 5 anos).

Renda Mensal Equivalente a um Percentual de % (máximo de 1,5%).

Solicito o **SAQUE** na concessão do benefício de % (máximo de 20%).

### DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Agência:

Conta :

Operação\*:

\* Preenchimento obrigatório para contas da Caixa Econômica Federal.

### Regime de Tributação

REGRESSIVO (Exclusivo)

PROGRESSIVO (Dedutível)

Preenchimento obrigatório de acordo com a Lei nº 14.803

Deverá ser enviado junto com o requerimento assinado cópia dos documentos abaixo:

- Documento de identificação com foto do beneficiário (OAB-SC/RG/CNH);
- Cartão do banco;
- Certidão de óbito;
- Documento de identificação do participante com foto do participante (OAB-SC/RG/CNH)

Local, de de 20 .

Assinatura do Beneficiário/representante legal

Reservado ao OABPrev-SC

Recebido em:

Responsável:

**Este requerimento deverá ser preenchido e enviado para o e-mail [contato@oabprev-sc.org.br](mailto:contato@oabprev-sc.org.br), juntamente com as cópias dos documentos**