



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO
PLANO DE BENEFÍCIOS BÁSICO
CNPB Nº 1990.0014-83



Nome:		Matrícula:	
CPF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> União estável		
E-mail Pessoal:		Telefone Celular com DDD:	

DADOS PARA CRÉDITO DO BENEFÍCIO E ENDEREÇO - Serão mantidas as informações, conforme os comprovantes anexados ao processo.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES/ BENEFICIÁRIOS

Nome	Sexo (M/F)	Parentesco	Data de Nascimento	Universitário	Invalído	I.R.P.F
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Nos termos da Instrução MPS/SPC nº 26/2008 quanto às definições de "Pessoa Politicamente Exposta" declaro que:

() Não sou "pessoa politicamente exposta" () Sou "pessoa politicamente exposta"

Sendo "pessoa politicamente exposta" todo agente público que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definição disponível no endereço eletrônico.

www.sabesprev.com.br/previdencia/pessoaspoliticamentexpostas

Em observância a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), autorizo a SABESPREV a realizar o tratamento dos meus dados pessoais, fornecidos neste momento, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos na consecução deste Requerimento de Benefícios e do Regulamento do Plano de Benefícios Básico, bem como utilizá-las nas avaliações atuariais e financeiras e, ainda, compartilhá-las com os órgãos governamentais que legalmente os requererem.

ÁREA EXCLUSIVA DA SABESPREV

Observações / Situação no Plano	Data de Adesão	Data de Desligamento da PATROCINADORA	Tipo de Benefício <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez <input type="checkbox"/> Diferido por Desligamento
	Data do Cálculo	Empréstimo Pessoal	

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

.....
Assinatura do Participante

.....
Local

...../...../.....
Data

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO SUPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA

ÓRGÃO OU ENTIDADE: SABESPREV – Fundação Sabesp de Seguridade Social

PROCESSO Nº (DE ORIGEM): _____

RESPONSÁVEL PELO ATO DE CONCESSÃO: Fernando Gustavo Crespi

APOSENTADO(A): _____

ADVOGADO(S)*: _____

(*). Facultativo. Indicar quando já constituído

Pelo presente TERMO damos-nos por NOTIFICADOS para o acompanhamento dos atos da tramitação do correspondente processo no Tribunal de Contas até seu julgamento final e consequente publicação, e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

LOCAL e DATA: São Paulo, ____ de _____ de 20____

RESPONSÁVEL PELO ATO DE CONCESSÃO:

Nome e cargo: Fernando Gustavo Crespi – Gerente de Seguridade

E-mail institucional: fcrespi@sabesprev.com.br

E-mail pessoal: _____

Assinatura:  _____

APOSENTADO(A):

Nome e cargo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO:

- **APOSENTADORIA NORMAL** (NA DATA DO DESLIGAMENTO)

Idade mínima de 60 anos/ ter no mínimo 15 anos de serviço creditado
Estar aposentado pelo INSS

- **APOSENTADORIA ANTECIPADA** (NA DATA DO DESLIGAMENTO)

Idade Mínima de 55 anos/ ter no mínimo 15 anos de serviço creditado
Estar aposentado pelo INSS

OBS: Há uma redução de 4% a cada ano que se antecipa os 60 anos de idade

- **DIFERIDO POR DESLIGAMENTO**

- Requisitos para adquirir o direito de aguardar o Benefício Diferido: Não ter condições de obter qualquer benefício do plano na data do desligamento, sendo necessário ter a soma da idade + Tempo de serviço na Sabesp >= 60 anos (No desligamento)

- Para usufruir deste benefício, há necessidade de: Estar aposentado pelo INSS, e ter no mínimo 55 anos de idade (No Requerimento)

- **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

Estar aposentado por invalidez pelo INSS

Ter no mínimo 1 ano de serviço creditado, exceto em caso de acidentes pessoais ou de trabalho

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- **Carta de Concessão de Aposentadoria pelo INSS (Frente e Verso);**

- **Histórico de Crédito de Benefício – INSS com o número de benefício;**

- **Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho;**

- **CPF e RG do Participante e do Cônjuge ou Companheiro;**

- **RG e CPF dos Filhos Menores de 21 anos, maiores inválidos ou universitários até 25 anos** (neste caso, enviar também declaração da Instituição de Ensino Superior contendo a carga horária semanal do curso e mencionando se o aluno teve reprovação por falta no semestre anterior);

- **Comprovante de Conta Corrente** - Não será aceito comprovante de Conta Poupança e comprovante de Conta Corrente de recebimento de benefício do INSS;

- **Comprovante de Residência.**

FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL - SABESPREV - CNPJ 65.471.914/0001-86

Alameda Santos, 1827 - 14º andar - conjuntos 141 e 142 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP 01419-909

Telefones: 11 3145.4600 * Central de Atendimento: 08000.551827 - www.sabesprev.com.br