



REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE
PLANO DE BENEFÍCIOS BÁSICO
CNPB Nº 1990.0014-83



Nome do Participante:	Matrícula:
CPF do Participante:	Data de Óbito:

RESTRITO AO REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE (INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO)

Nome do Pensionista Principal:	Data de Nascimento:	
CPF:	Vínculo de Parentesco:	Uso da SABESPREV Quantidade de dependentes habilitados:
E-mail Pessoal:	Telefone Celular com DDD:	

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/pessoaspoliticamenteexpostas

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 Pensão por Morte 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
	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 Beneficiário

Local

Data

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO PENSÃO

ÓRGÃO OU ENTIDADE: SABESP/SPREV – Fundação Sabesp de Seguridade Social

PROCESSO Nº (DE ORIGEM): _____

RESPONSÁVEL PELO ATO DE CONCESSÃO: Fernando Gustavo Crespi

PENSIONISTA(S): _____

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.

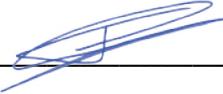
LOCAL e DATA: São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

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: _____


PENSIONISTA(S): _____

Nome e cargo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO:

•PENSÃO POR MORTE

Necessário 1 ano de Contribuição em caso de morte por doença, exceto em caso de acidente de trabalho ou acidente pessoal. a pensão é paga somente aos pensionistas reconhecidos pelo INSS. Filhos maiores de 21 anos, até completarem 25 anos, se universitários devem comprovar tal condição por meio de declaração de uma instituição de ensino superior.

OBS: Serviço Creditado é o período de tempo de serviço de um participante enquanto empregado da Patrocinadora.

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- **Carta de Concessão da pensão por morte concedida pelo INSS (Frente e Verso);**
- **Certidão PIS/PASEP - FGTS emitida pelo INSS;**
- **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;**
- **Certidão de Casamento (Frente e Verso se houver averbação) ou Certidão de União Estável;**
- **Certidão de Óbito;**
- **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.**