



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO
PLANO SABESPREV MAIS
CNPB Nº 2010.0021-56**



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 Fixo com DDD:		Telefone Celular com DDD:	

Declaro que preencho os requisitos de elegibilidade para o recebimento do benefício do Plano SABESPREV Mais.

Em caso de requerimento de Aposentadoria por Invalidez, para o deferimento do benefício, apresento nesta oportunidade documento emitido pela Previdência Social e, se necessários, demais documentos que atestam a minha condição de saúde. Em observância à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), tenho ciência que a SABESPREV irá realizar o tratamento dos meus dados pessoais sensíveis relacionados à minha saúde, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento e para a execução do contrato previdenciário celebrado.

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

FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

1 - Informe se deseja adiantamento do saldo, indicando o percentual abaixo (Facultativo)

Antecipação de Saldo de Conta Total - Percentual Escolhido (entre 1% a 25%) _____ %

2 - Escolha abaixo uma das opções para recebimento do saldo remanescente (Obrigatório)

- I - Renda mensal por prazo determinado de**, no mínimo, 60 meses. **Prazo (em meses)** _____
- II - Renda mensal definida em reais**, não podendo seu valor inicial ser inferior a 0,1% nem superior a 2% aplicado sobre o saldo de Conta Total remanescente.
Valor (em reais) R\$ _____
- III - Renda mensal atuarial**, equivalente à aplicação de fator atuarial sobre o saldo, recalculado anualmente com base nas hipóteses atuariais e financeiras constantes na Avaliação Atuarial vigente.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA

Nome	Sexo (M/F)	Parentesco	Data de Nascimento	CPF

INCLUSÃO / ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PREFERENCIAIS E SECUNDÁRIOS

Nome	Sexo (M/F)	Parentesco	Data de Nascimento	Beneficiário Preferencial	Beneficiário Secundário	CPF
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

O participante pode a qualquer momento alterar seus beneficiários preferenciais (com direito à pensão) e secundários (que receberão o saldo na falta de beneficiários preferenciais) - Vide Seção III - Dos Beneficiários, no regulamento do referido Plano. Essa alteração/inclusão deve ser feita utilizando o formulário específico "Termo de Movimentação" disponível no portal da Sabesprev

Em caso de indicação de dependentes/beneficiários menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas neste documento e no Regulamento do Plano SABESPREV Mais.

A SABESPREV realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

ÁREA EXCLUSIVA DA SABESPREV

Observações / Situação no Plano	Tributação () Progressiva () Regressiva	Data de Desligamento da PATROCINADORA	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <input type="checkbox"/> Benefício Proporcional <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
	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

ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO:

BENEFÍCIO PROGRAMADO (Na data do desligamento)

- Ter, no mínimo 50 (cinquenta) anos de idade; E
- Ter, efetuado no mínimo 60 (sessenta) Contribuições Mensais; E
- Ter Rescindindo contrato de trabalho com a Patrocinadora.

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

- Estar aposentado por Invalidez pelo INSS.

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- Carta de Concessão de Aposentadoria pelo INSS (Frente e Verso no caso de Aposentadoria por Invalidez);
- 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);
- Certidão de Nascimento ou RG 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.

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: _____