



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



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

**BENEFICIÁRIO PREFERENCIAL INDICADO PARA PENSÃO**

Nome:	CPF:
E-mail Pessoal:	
Telefone Fixo com DDD:	Telefone Celular com DDD:

Declaro que preencho os requisitos de elegibilidade para o recebimento do benefício de Pensão por Morte e, para o deferimento do benefício, apresento nesta oportunidade os documentos requeridos pela SABESPREV e que atestam minha elegibilidade como beneficiário(a).

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, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento e para a execução do contrato previdenciário celebrado com o participante falecido.

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

**FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO**

1. Na existência de mais de um Beneficiário indicado, a opção pela modalidade de recebimento de que trata os incisos I, II e III do artigo 69 deverá ser única e ocorrer mediante a concordância de todos os Beneficiários.
2. Somente preencher a opção de pagamento em caso de Pensão por Morte concedida em razão de falecimento de participante ativo, autopatrocinado ou em diferimento. (Pensão Direta)
3. Para Pensão por Morte concedida em razão de falecimento de participante assistido, mantém-se a opção de pagamento e os valores indicados pelo assistido instituidor. (Pensão por Conversão)

**OPÇÕES DE PAGAMENTO PARA O SALDO REMANESCENTE**

**1 - 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.

\* O valor em reais indicado será o valor integral do benefício e será rateado entre os beneficiários em caso de pensão rateada.

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA**

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

Em caso de indicação de dependentes para imposto de renda 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.

**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](http://www.sabesprev.com.br/previdencia/pessoaspoliticamenteexpostas)

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	Tipo de Benefício <input type="checkbox"/> Pensão por Morte Direta <input type="checkbox"/> Conversão de Pensão
	Data do Cálculo	Empréstimo Pessoal	Quantidade de Beneficiários Indicados

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:** SABESPREV – Fundação Sabesp de Seguridade Social

**PROCESSO Nº (DE ORIGEM):** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO ATO DE CONCESSÃO:** Fernando Gustavo Crespi

**PENSIONISTA:** \_\_\_\_\_

**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.

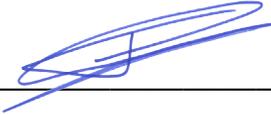
**LOCAL e DATA:** São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**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:**

**Nome e cargo:** \_\_\_\_\_

**E-mail institucional:** \_\_\_\_\_

**E-mail pessoal:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO:

### DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho;
- CPF e RG do Participante;
- CPF e RG do Beneficiário;
- 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;
- Certidão de Óbito.

**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](http://www.sabesprev.com.br)