



REQUERIMENTO DE PAGAMENTO ÚNICO PLANO SABESPREV MAIS CNPB Nº 2010.0021-56



O(s) assistido(s) abaixo identificado(s), requer(em) neste ato o recebimento do Saldo de Conta Total Remanescente em forma de Pagamento Único, nos termos do Art. 57 do Regulamento do Plano SABESPREV MAIS.

Declara(m) estar(em) ciente(s) de que, com a efetivação do Pagamento Único, extinguem-se definitivamente todas as obrigações do Plano SABESPREV MAIS perante o Participante, os Beneficiários e os herdeiros legais, sendo certo que o comprovante de depósito servirá, para todos os efeitos legais, como **recibo**.

ASSISTIDO

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

BENEFICIÁRIOS (o requerimento somente terá validade mediante a assinatura de todos os beneficiários)

<p>1) Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>E-mail Pessoal: _____</p> <p>Telefone Fixo com DDD: _____</p> <p>Telefone celular com DDD: _____</p>	<p>3) Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>E-mail Pessoal: _____</p> <p>Telefone Fixo com DDD: _____</p> <p>Telefone celular com DDD: _____</p>
<p>2) Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>E-mail Pessoal: _____</p> <p>Telefone Fixo com DDD: _____</p> <p>Telefone celular com DDD: _____</p>	<p>4) Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>E-mail Pessoal: _____</p> <p>Telefone Fixo com DDD: _____</p> <p>Telefone celular com DDD: _____</p>

Em caso de indicação de dependentes/beneficiários menores de 12 (doze) anos, o assistido declara que é responsável legal pela criança e fornece consentimento para o tratamento dos 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).

Quantidade de Cotas em: ____/____/____	Regime Tributário <input type="checkbox"/> Regressivo <input type="checkbox"/> Progressivo	Data de Cálculo ____/____/____	<p>Tipo de Benefício</p> <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez <input type="checkbox"/> Benefício Proporcional <input type="checkbox"/> Pensão por Morte
Valor da Cota _____ Em ____/____/____ (R\$1,00)	Quantidade de dependentes IR _____	Empréstimo Pessoal R\$ _____	