

**1. CNPB**

1996.0037-47

**2. PATROCINADORA**

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

**DADOS DO PARTICIPANTE****3. Nome Completo do Participante:** (Sem abreviações)**4. Matrícula na Patrocinadora:****5. CPF:****DADOS DO BENEFICIÁRIO****6. Nome Completo do requerente:** (Sem abreviações)**7. Data de Nascimento:**

/ /

**8. CPF:****9. Data de expedição:**

/ /

**10. Identidade:****11. Órgão Expedidor UF:****12. Data de expedição:**

/ /

**13. Grau de Parentesco:****14. E-mail Particular:****15. Endereço completo (logradouro, complemento):****16. Bairro:****17. Cidade:****18. CEP:****19. UF:****20. Telefone(s) para contato:****21. Dependente(s) (Nome Completo) para IRRF****Grau de Parentesco:**

Data de Nascimento

/ /

Sexo

Masculino

Feminino

Inválido

Sim

Não

**22. Requerimento do benefício.**

Nos termos do **artigo 25** do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev, venho requerer o Benefício de Pensão por Morte.

**23. Dados bancários para pagamento do benefício:**

Beneficiário (obrigatório a partir de 18 anos)

Responsável Legal

Banco:

Agência nº:

Nº Conta:

**Tipo de Conta**

Poupança



Conta Corrente

**Termos e condições:**

- Comprometo-me a informar ao Sarah Previdência as ocorrências que ocasionarem a cessação do benefício.
- Com o recebimento total do benefício, o beneficiário concede a mais plena, geral, rasa e irrevogável quitação junto ao SARAH PREVIDÊNCIA em relação a todos os direitos e obrigações previstos neste Regulamento, não havendo mais a reclamar judicial ou extrajudicialmente, seja a qual título for, especialmente, mas não só, em relação à correção de valores por índices econômicos, substituição de índices de correção monetária, volatilidade de cotas e índices.
- Estou ciente das penas previstas para o crime de estelionato (reclusão, de 1 a 5 anos, e multa - artigo 171 do Código Penal Brasileiro), como também que estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência de omissão.

**Local****Data****Assinatura do Requerente**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**24. Consentimento Responsável Legal (Preencher no caso de Beneficiário menor de 18 anos):**

“Eu, \_\_\_\_\_ CPF, \_\_\_\_\_ responsável legal do(a) menor indicado(a) autorizo o tratamento dos dados pessoais para cumprimento do presente contrato, obrigações legais ou regulatórias e demais efeitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD)”.

**Tipo do Responsável Legal:**

País

Tutor

Curador

**Local****Data****Assinatura Responsável Legal**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**25. Documentos Anexos:**

- Cópia da Certidão de Óbito
- Cópia da carta de concessão de pensão por morte, emitida pela Previdência Social Oficial
- Cópia da certidão PIS/PASEP, emitida pela Previdência Social Oficial
- Cópia autenticada do RG e CPF do Pensionista e do Representante Legal, se for o caso
- Cópia de dados bancários do Requerente ou do Responsável Legal.

Vigência: Abril / 2025