

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Inscrição na OAB/SC: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_

### REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO - PENSÃO POR MORTE

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Como beneficiário do participante do OABPrev-SC, venho na forma prevista no Regulamento do referido Plano de Benefícios Previdenciários do Advogado, requerer a concessão do benefício de pensão por morte, conforme a seguir especificado:

**Pensão por morte de participante ativo.**

Renda mensal por prazo indeterminado.

Renda mensal por prazo determinado: \_\_\_\_\_ (mínimo de 10 anos).

Renda Mensal Equivalente a um Percentual de \_\_\_\_\_ (máximo de 1,5%).

**Pensão por morte de assistido.**

### DADOS BANCÁRIOS

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ Conta : \_\_\_\_\_

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

**Reservado ao OABPrev-SC:**

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

**O documento deverá ser preenchido e enviado, a via original, para o endereço abaixo.**