

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

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

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

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO MENSAL

Venho pelo presente requerer a alteração da forma de recebimento do benefício mensal, conforme especificado abaixo:

Renda Mensal Por Prazo Determinado de \_\_\_\_\_ (mínimo de 10 anos);

Renda Mensal Por Prazo Indeterminado (de acordo com a expectativa de vida);

Renda Mensal Equivalente a um Percentual de \_\_\_\_\_ (no máximo de 1,5%) do saldo da Conta Individual.

### BENEFICIÁRIO

Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Participação

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**Reservado ao OABPrev-SC:**

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

**O documento deverá ser preenchido e enviado a via original pelo correio no endereço abaixo.**