

**DADOS DO ASSISTIDO/PENSIONISTA**

1 - NOME COMPLETO			
2 - SEXO	3 - ESTADO CIVIL	4 - FILIAÇÃO	5 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL
6 - NOME DO CÔNJUGE			
7 - Nº MATRÍCULA OABPrev-NE	8 - CPF	9 - Nº DOC DE IDENTIFICAÇÃO	10 - NATUREZA DO DOCUMENTO
11 - ÓRGÃO EXPEDIDOR	11 - DATA DE EXPEDIÇÃO	13 - RENDA MENSAL/PATRIMÔNIO ESTIMADO*	
14 - ENDEREÇO (AV. / RUA)		15 - NÚMERO	16 - COMPLEMENTO
17 - BAIRRO	18 - CIDADE	19 - UF	20 - CEP
21 - DDD/TELEFONE FIXO	22 - DDD/ CELULAR	23 - E-MAIL	24 - VOCÊ É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA** <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

\* Caso o Participante menor de idade não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os campos do responsável legal/financeiro. \*\* Consideram-se Pessoa Politicamente Exposta (PPE) os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território e dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo (exemplos: pais, filho(a), cônjuge, companheiro(a), enteado(a) e estreitos colaboradores), conforme prevê a legislação vigente.

**DADOS DO BENEFICIÁRIO REQUERENTE<sup>3</sup>**

25 - NOME COMPLETO		26 - CPF	
27 - ENDEREÇO (AV. / RUA)		28 - NÚMERO	29 - COMPLEMENTO
30 - BAIRRO	31 - CIDADE	32 - UF	33 - CEP
34 - DDD/TELEFONE FIXO	35 - DDD / CELULAR	36 - ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	
37 - DATA DO FALECIMENTO / INVALIDEZ	38 - E-MAIL	39 - VOCÊ É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

<sup>3</sup> Os campos de nº 25 a 35 e 38 devem ser preenchidos somente no caso de solicitação de Pensão por Morte. O campo de nº 37 deve ser preenchido tanto no caso de solicitação de Pensão por Morte quanto de Renda por Invalidez.

**Nos termos do Regulamento do Plano mantido na OABPrev-NE, venho requerer o Benefício, conforme abaixo:**

- Aposentadoria Programada  
 Aposentadoria por Invalidez  
 Pensão por Morte de:  Participante Ativo  Participante Assistido

**Desejo receber o benefício assinalado acima da seguinte forma:**

- Saque inicial de \_\_\_\_\_% (até 20%) do Saldo Total da Conta Benefício. \*

\* Campo destinado à informação do percentual de saque inicial. Pago no 1º benefício segundo o artigo 35, parágrafo 7º do regulamento do plano.

**Desejo receber o benefício da seguinte forma:**

- Renda Mensal por Prazo Determinado por \_\_\_\_\_ anos (prazo mínimo de 10 (dez) anos).  
 Renda Mensal determinada pela aplicação de um percentual correspondente a \_\_\_\_\_% sobre o saldo da Conta Benefício (percentual entre 0,50% (meio por cento) e 2,0% (dois por cento)).

**Declaro possuir isenção de IR devido a moléstia grave\*\***

\*\* A isenção do IR está prevista no Inciso XIV do Art. 6º da Lei nº 7.713/1988. A relação de documentos necessários para comprovar a moléstia grave está contida no fim do formulário.

**Desejo manter as coberturas de risco da seguinte forma \*\*\*:**

- Coberturas de Invalidez e Pensão por Morte  
 Somente Cobertura de Invalidez  
 Somente Cobertura de Pensão por Morte  
 Não desejo manter as Coberturas de Risco

\*\*\* Campo destinado somente para benefícios de Aposentadoria Programada e por Invalidez, caso participante já possua cobertura de risco ativa.

**DADOS PARA CRÉDITO DO BENEFÍCIO**

39 - NOME DO CORRENTISTA			40 - CPF	
41 - NOME DO BANCO		43 - Nº DO BANCO	44 - Nº DA AGÊNCIA	45 - Nº DA CONTA CORRENTE

**DADOS DOS DEPENDENTES FINANCEIROS**

Nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda, informo que tenho como dependente(s), a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

NOME COMPLETO	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO

**OBSERVAÇÕES**

- 1) Para participante maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal e se menor de 16 anos, a assinatura deverá ser somente do seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do representante legal, junto com a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- 2) Para o participante que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interditado assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto; caso contrário, a assinatura será somente do curador indicado.
- 3) Caso o participante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida sua impressão digital e a assinatura de um representante (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante.
- 4) Os documentos necessários à concessão dos benefícios estão relacionados no fim deste documento.

---

LOCAL E DATA

---

PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO

### **Documentos necessários para a solicitação da Aposentadoria Programada**

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo participante e pela **OABPrev-NE**;
- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Passaporte) do participante;
- Cópia do CPF do participante;
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários.

### **Documentos necessários para a solicitação da Aposentadoria por Invalidez**

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo participante e pela **OABPrev-NE**;
- Cópia autenticada da declaração médica comprovando o motivo da invalidez, bem como a data de seu início ou cópia de concessão da aposentadoria pelo órgão previdenciário oficial;
- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Passaporte) do participante;
- Cópia do CPF do participante;
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial, se houver, no caso de morte acidental;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo participante;
- Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado, e em caso de acidente com veículo dirigido pelo participante.

### **Documentos necessários para a solicitação da Pensão por Morte**

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo (s) beneficiários e pela **OABPrev-NE**;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Participante;
- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Passaporte) do participante;
- Cópia do CPF do participante;
- Cópia do documento de identificação (RG, CNH, Passaporte) do(s) beneficiário(s);
- Cópia do CPF do(s) beneficiário(s);
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários do beneficiário(s);
- Documentação médica relacionada ao óbito (prontuário médico, exames e declaração médica de morte);
- Cópia autenticada do laudo do exame cadavérico, no caso de morte violenta ou acidental;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial, se houver, no caso de morte acidental.

### **Documentos necessários para a solicitação de isenção de IR devido a moléstia grave**

- Laudo pericial\* emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle;
- Documento do INSS (Carta de Concessão da Aposentadoria);

*\* Em conformidade com a Solução de Consulta SRF 134, de 10 de outubro de 2008, considera-se laudo pericial para esse fim o documento escrito pelo perito, assim entendido o médico que detenha conhecimentos técnicos profundos na área de especialização a que se refere à moléstia grave de que o beneficiário dos rendimentos seja portador, e que contenha, no mínimo, as seguintes informações:*

*a) órgão emissor;*

*b) a qualificação do portador da moléstia;*

*c) o diagnóstico da moléstia (descrição; CID 10; elementos que o fundamentaram; data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador da moléstia);*

*d) a informação de que a moléstia seja ou não passível de controle, entendendo-se por controle da moléstia a não apresentação de sintomas característicos desta, desde que não decorra de tratamento médico em andamento;*

*e) caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial;*

*f) o nome completo, a assinatura e a qualificação do(s) profissional(is) pela emissão do laudo pericial.*