



SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIAIS

SPC - nº 19.790.055-83

Protocolo Nº _____

Inscrição (preenchimento CAPESESP) _____

Nº de matrícula _____

TITULAR E SEUS DEPENDENTES

DEPENDENTES

Nome completo _____

Endereço (Logradouro) _____

Número _____

Complemento _____

Bairro _____

Cidade _____

UF _____

CEP _____

E-mail para comunicação geral pela CAPESESP _____

Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail?

SIM NÃO

Filiação/Pai _____

Mãe _____

Sexo

M F

Estado Civil _____

Data de Nascimento _____

Carteira de Identidade _____

Órgão Expedidor _____

UF _____

CPF _____

Telefone residencial (DDD) _____

Telefone celular 1 (DDD) _____

Telefone celular 2 (DDD) _____

Tipos de Plano

FNS - SPC-19.840.002-92

CAPESESP - SPC -19.840.001-11

Relação dos Beneficiários (preencher em letra de fôrma)

Nome completo	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Grau de parentesco
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

O proponente declara e/ou afirma:

Estou ciente que, com o desligamento, perderei os direitos previstos no regulamento do plano de benefícios, a exceção do resgate da minha reserva de poupança, que poderei solicitar a partir do término do vínculo empregatício com a patrocinadora, conforme critérios regulamentares.

Que ressalvados os casos de morte do Participante, o cancelamento de sua inscrição importa no cancelamento da inscrição dos respectivos Dependentes.

Que o Assistido não poderá requerer o desligamento deste Plano.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)

Obs.: Anexar a cópia da carteira de identidade, CPF e do comprovante de residência.