



SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIAIS

Protocolo N^o

Inscrição (preenchimento CAPESESP)

N^o de matrícula

Preencher em letra de fôrma

<input type="checkbox"/> TITULAR E SEUS DEPENDENTES				<input type="checkbox"/> DEPENDENTES			
Nome completo							
Endereço (Logradouro)					Número	Complemento	
Bairro			Cidade		UF	CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail?			
				<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	
Filiação/Pai				Mãe			
Sexo	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF	
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular (DDD)		Telefone trabalho (DDD)		Ramal	

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.