



SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIAIS

Protocolo Nº _____

Inscrição (preenchimento CAPESESP) _____

Nº de matrícula _____

Titular e seus dependentes

Dependentes

Preencher em letra de fôrma (Este formulário só tem validade se impresso frente e verso e devidamente assinado)

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? 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 _____		Telefone celular 2 _____		Ramal _____	

Tipos de Planos de Benefícios Previdenciais

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.