

DADOS DA ENTIDADE E DO PLANO

FUNDO DE PENSÃO MULTIPATROCINADO DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SECCIONAL DA PARAÍBA – OABPrev Nordeste, entidade fechada de previdência complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 09.011.460/0001-90, instituidora do Plano de Benefícios Previdenciários do Advogado - NordestePrev registrado no CNPB sob o nº 20.070.021-83.

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**

 SIM 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.

Por meio deste solicito a alteração da forma de recebimento da minha renda mensal para¹:

[] Benefício de renda mensal por prazo determinado de (mínimo 10 anos): _____ anos, calculado com base no saldo da conta individual do Participante.

[] Benefício de renda mensal determinado pela aplicação de um percentual correspondente a _____% sobre o saldo de conta remanescente da Conta Individual, referente ao mês imediatamente anterior ao de competência do pagamento (percentual entre 0,5% (zero vírgula cinco por cento) e 2,0% (dois por cento)).

¹A alteração da forma de recebimento de renda só poderá ser feita, quando for o caso, uma vez por ano. Conforme o §3º art. 40 do regulamento do plano.

OBSERVAÇÕES

- 1) Deverá ser encaminhado cópia de comprovante de domicílio bancário (documento bancário que comprove o número da conta corrente).
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.

LOCAL E DATA

PARTICIPANTE