

Instruções de Preenchimento

1) Os documentos necessários à concessão dos benefícios estão relacionados no fim deste documento.

2) Forma de envio:

Envie este formulário para OABPrev-NE: Rua Rodrigues de Aquino, 37 – Centro, João Pessoa / PB– CEP 58013-030

3) Participante menor de idade:

Menor de 16 anos: o formulário deve ser assinado pelo representante legal.

Maior de 16 e menor de 18 anos: o formulário deve ser assinado pelo participante junto com o representante legal.

Documentação necessária: cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.

4) Participantes interditados:

Participante possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado pelo participante e/ou representante legal (curador ou tutor).

Participante não possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado somente pelo representante legal (curador ou tutor).


Documentação necessária:

Curador: cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Tutor: cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.

5) Participantes impossibilitados de assinar:

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do

 Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.

6) Procuradores:

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Dados do Participante

Nome Completo	CPF	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta ¹
---------------	-----	--------------------------	-----------------------------

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.

Nos termos do regulamento do plano mantido na OABPrev-NE, venho requerer o benefício, conforme abaixo:

<input type="checkbox"/> Aposentadoria Programada
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Pensão por morte de: <input type="checkbox"/> Participante Ativo <input type="checkbox"/> Participante Assistido

Dados do Beneficiário Requerente

Nome Completo		CPF	PPE ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	CEP
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	E-mail	

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.

2- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE, conforme prevê a Instrução Previc nº 18/2014.

 O campo abaixo deve ser preenchido tanto no caso de solicitação de Pensão por Morte quanto de Aposentadoria por Invalidez.

Data do Falecimento / Invalidez do Participante

Desejo receber do benefício assinalado acima adiantamento em forma de:

Saque inicial de _____% (até 20%) do saldo total da conta benefício.

 O campo acima é 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 saldo remanescente ou total da seguinte forma:

Renda Mensal por Prazo Determinado (mínimo 10 anos): _____ anos.

Renda Mensal determinada pela aplicação de um percentual correspondente a _____% sobre o saldo da Conta Benefício (percentual entre 0,5% e 2,0%).

Cobertura de Risco:

- Desejo manter a minha cobertura de Pensão Por Morte.
- Desejo efetuar o cancelamento da minha cobertura de Pensão Por Morte.

 O campo é destinado somente para benefícios de Aposentadoria Programada, caso o Participante já possua cobertura de risco ativa.

Dados para Crédito do Benefício³

Nome do Correntista		CPF	
Nome do Banco	Nº do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente

3- O pagamento será efetuado somente em conta corrente de titularidade do Participante ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, não podendo ser realizado em conta corrente de terceiros ou de pessoa jurídica.

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

Declaro que após a realização do pagamento do benefício acima assinalado, outorgo à OABPrev-NE, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, a quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar a que título e a que tempo for, a isentando de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação. Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à OABPREV-NE qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁴	E-mail	
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

4- Em caso de Participante/ beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/ financeiro.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA PROGRAMADA

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Cópia do documento de identificação 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 TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE (IPTA):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do documento de identificação e CPF do Segurado;
- Cópia do Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pela Previdência Oficial;
- Formulário de Declaração Médica IPTA por acidente preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida, comprovando a invalidez;
- Cópia do prontuário médico, incluindo laudos e resultados de exames que confirmem a causa da invalidez do Segurado;
- Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito;
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social do Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do documento de identificação e CPF do Segurado;
- Declaração Médica indicando a data de invalidez Funcional Permanente por Doença (data do sinistro) IFPD. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
- Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - a) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - b) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico;
- Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE EM CASO DE MORTE (NATURAL):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e pela OABPREV NE;
- Formulário de Aviso de sinistro;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Participante;
- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do documento de identificação 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);
- Formulário de Declaração Médica por Doença preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida;
- 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.
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE EM CASO DE MORTE (ACIDENTAL):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e pela OABPREV NE;
- Formulário de Aviso de sinistro;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Participante;
- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do documento de identificação 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);
- Formulário de Declaração Médica de Morte por Acidente preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida;
- 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;
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito; e
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho.

Importante: Em caso de sinistro, seja por Invalidez ou Morte, a Entidade deverá enviar o **Formulário Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica – Seguro de Vida**, devidamente preenchido e assinado pelos Representantes da Entidade, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE IR A MOLÉSTIA GRAVE:

- Original ou cópia autenticada do laudo pericial⁵ 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;
- Cópia do documento do INSS (Carta de Concessão da Aposentadoria);

5 - 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.