



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUERIMENTO DE PECÚLIO POR MORTE

**I - DADOS DO REQUERENTE**

Nome Completo:			
CPF:			
Data de Nascimento:		Sexo: ( )F ( )M	
Estado Civil:		Parentesco:	
Inválido: ( ) Sim ( ) Não			
Logradouro:		Nº	Compl.:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone:		DDD/Celular:	
E-mail:		Outros:	

**II - DADOS DO EX-PARTICIPANTE**

Nome Completo:	
CPF:	Data de nascimento:
Sexo: ( )F ( )M	Estado civil:
Data do Óbito:	

( ) Requeiro o recebimento do Benefício de Pecúlio por Morte, estando ciente de que o referido benefício será pago em parcela única.

( ) Declaro estar ciente e de acordo com as regras contidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
REQUERENTE/ REPRESENTANTE LEGAL

Data de Deferimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE - PREVCOM  
(carimbo e assinatura)