

REQUERIMENTO DE SALDO DE CONTA A HERDEIROS

Dados do Participante / Assistido Falecido

| | |
|--|-----|
| Nome | CPF |
| Plano <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo II | |
| Data do Óbito | |

Dados do Requerente

| | | |
|--------------------|---------------|----------------------|
| Nome | | CPF |
| Data de Nascimento | Estado Civil | Grau de Parentesco |
| Endereço | | Nº |
| Bairro | | Complemento |
| Cidade | | UF |
| CEP | Telefone | Celular |
| Código Banco | Nome do Banco | Nº da Agência |
| CNPJ da Agência | | Nº da Conta Corrente |
| E-mail | | |

A pessoa acima identificada vem, na forma do Regulamento do Plano de Benefícios acima selecionado, requerer o pagamento do Saldo de Conta do ex-participante/ex-assistido, observado o rateio definido em inventário ou arrolamento correspondente.

Assume inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA: Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – **LGPD (Lei nº 13.709/2018)**.

_____/_____/_____
 Data Local Assinatura do Requerente
 (Reconhecer assinatura em Cartório)

