



FORMULÁRIO DE BENEFICIÁRIO DE PECÚLIO

Nome Completo do Filiado:

Registro Sindical Nº: Nascimento: Nº do CPF: Nº do RG: UF:

Nome Completo do 1º Beneficiário (Obrigatório):

Parentesco: Nascimento: Nº do CPF: Nº do RG: UF:

Nome Completo do 2º Beneficiário (Opcional):

Parentesco: Nascimento: Nº do CPF: Nº do RG: UF:

Declaro para os devidos fins que na condição de filiado ao SindifiscoPB e atendendo ao dispositivo no artigo 52, § 2º do estatuto deste sindicato, indico a pessoa acima citada como beneficiária apta a receber o valor referente ao PECÚLIO estabelecido no mesmo artigo estatutário, quando do meu FALECIMENTO;

Estou ciente que o valor do referido PECÚLIO está estabelecido no artigo 52, § 1º e 4º bem como, em caso de inadimplência, será descontado o valor para quitação do débito, em consonância com o artigo 52, § 3º do estatuto do SindifiscoPB.

Concordo

Nome Completo da 1ª Testemunha:

Nº do CPF: Assinatura: _____

Nome Completo da 2ª Testemunha:

Nº do CPF: Assinatura: _____

Nestes termos,
Pede deferimento.

Cidade/UF:

Data & Hora:

Assinatura do Requerente