



**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DA COBRANÇA DE
PENSÃO ALIMENTÍCIA POR MOTIVO DE ÓBITO**

À Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil (CAPEF)

Eu, _____, brasileiro (a), portador (a) do CPF/MF Nº _____, na qualidade de Participante Assistido(a) do Plano de Benefícios Definido (Plano BD) da Capef, venho requerer a suspensão da cobrança da pensão alimentícia de _____, em virtude de seu falecimento, na data _____, conforme atestado de óbito que segue em anexo.

Cordialmente,

_____, _____, de _____, de _____
(Cidade – UF) (Dia) (Mês) (Ano)

Assinatura

CPF: _____

Observação: Este Requerimento deve estar assinado, com firma reconhecida acompanhado do atestado de óbito original ou cópia autenticada