

RECADASTRAMENTO DE PENSIONISTAS



DADOS DO PARTICIPANTE	
DADOS DO PARTICIPANTE	CPF

Com a finalidade de manter as suas informações atualizadas em nosso cadastro, favor preencher e assinar a Ficha de Recadastramento e, juntamente com o comprovante de pagamento de benefício da Previdência Social, devolvê-los impreterivelmente até o último dia útil do mês de seu aniversário.

A não apresentação da Ficha de Recadastramento original, devidamente preenchida e assinada, e do comprovante de pagamento de benefício da Previdência Social implicará na suspensão do seu benefício.

DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A)			
NOME DO (A) PENSIONISTA:		PLANO	
		<input type="checkbox"/> PLANO BÁSICO <input type="checkbox"/> PLANO MISTO	
CPF	ESTADO CIVIL	SEXO	
Nº DO BENEFÍCIO DE PENSÃO ATIVO JUNTO AO INSS		DATA PREVISTA PARA O FIM DA PENSÃO JUNTO AO INSS	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE DE CONTATO		CELULAR	
E-MAIL PESSOAL			

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA - PPE			ALTERAÇÃO FATCA
PPE	CARGO	ESFERA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO	RELAÇÃO EM 2º GRAU COM PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA	
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA (ANEXAR COMPROVANTE)						
NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	ESCOLARIDADE (SOMENTE PARA OS MAIORES DE 21 E MENORES DE 24 ANOS)	SEXO	INVÁLIDO (SIM OU NÃO)

Declaro, sob as penas das leis civis e criminais, a veracidade das informações aqui prestadas, responsabilizando-me pelas informações falsas. Comunicarei imediatamente a BASES, quaisquer alterações a respeito das informações contidas neste formulário.

LOCAL _____ DATA _____ ASSINATURA _____