

RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS PLANO MISTO



Com a finalidade de manter as suas informações atualizadas em nosso cadastro, favor preencher a Ficha de Recadastramento, no caso de aposentadoria por invalidez, anexar o último 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 o último comprovante de pagamento de benefício da Previdência Social, para os aposentados por invalidez, implicará na suspensão do seu benefício.

DADOS DO PARTICIPANTE			
NOME			
CPF	SEXO	ESTADO CIVIL	
PATROCINADOR		SITUAÇÃO NA FUNDAÇÃO:	
		<input type="checkbox"/> APOSENTADO POR IDADE <input type="checkbox"/> APOSENTADO POR INVALIDEZ <input type="checkbox"/> APOSENTADO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO <input type="checkbox"/> PRÉ-INVALIDEZ	
Nº DO BENEFÍCIO INSS		DATA DA APOSENTADORIA 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			<input type="checkbox"/> SIM
PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO	RELAÇÃO EM 2º GRAU COM PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA	<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 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