

RECADASTRAMENTO ANUAL 2021

DADOS DO APOSENTADO

Nome _____ Nome da mãe _____
 Data de nascimento ____/____/____ Estado civil _____ CPF _____ RG _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____
 Tel. residencial _____ Tel. celular _____
 Email _____
 Banco _____ Agência _____ Conta Corrente _____
 Residente no exterior? Não Sim, no país _____ NIF (nº de identificação fiscal) no exterior _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Legais: cônjuge/companheiro, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos de idade, ou com até 24 anos se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente. Filhos e enteados na condição de inválidos para a Previdência Social.

Indicados: quaisquer pessoas físicas que, na falta de beneficiários legais, poderão receber benefício na forma prevista no regulamento do plano.

1. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

2. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

3. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

4. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

5. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

6. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

7. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

8 Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Grau de parentesco _____ Sexo F M Beneficiário legal indicado

DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA

1. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
Grau de parentesco _____ Sexo F M Universitário S N Inválido S N

2. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
Grau de parentesco _____ Sexo F M Universitário S N Inválido S N

3. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
Grau de parentesco _____ Sexo F M Universitário S N Inválido S N

4. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
Grau de parentesco _____ Sexo F M Universitário S N Inválido S N

5. Nome _____ Tel. _____ Data de nascimento ____/____/____
Grau de parentesco _____ Sexo F M Universitário S N Inválido S N

Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em www.funsejem.org.br.

Declaro estar ciente de que a falsidade na prestação destas informações me sujeitará às penalidades previstas na legislação. Comprometo-me a informar qualquer alteração.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO