

Com a finalidade de manter as suas informações atualizadas em nosso cadastro, favor preencher a Ficha de Recadastramento e, juntamente com o extrato 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 extrato de pagamento de benefício da Previdência Social implicará na suspensão do seu benefício.

DADOS DO (A) PARTICIPANTE				
Nome:			Matrícula Patrocinador:	
CPF:	Data Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalidade:	Sexo:
Identidade:	Data Expedição:	Órgão:	Carteira de Trabalho:	PIS/PASEP:
Nome do Pai:		Nome da Mãe:		
Nome do Cônjuge:			Estado Civil:	
Patrocinador:		Situação na Fundação: <input type="checkbox"/> Aposentado por Idade <input type="checkbox"/> Aposentado Tempo de Contribuição <input type="checkbox"/> Aposentado por Invalidez		
Nº do Benefício INSS:	Data da Aposentadoria INSS:	Valor da Aposentadoria INSS:		
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone:	Celular:	E-mail:		
Banco- Nº e nome:	Agência- Nº e nome:	Tipo de Conta: <input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Conta Poupança	Número da Conta:	
Pessoa Politicamente Exposta: ( ) Sim ( ) Não	Cargo:	Esfera:	Período:	Valor do Patrimônio:
Alteração FATCA: ( ) Sim ( ) Não				

Local

Data

Assinatura

De acordo com o Regulamento do Plano Misto, consideram-se beneficiários:

- Cônjuge ou companheiro (a);
- Filho (s) ou enteado (s) solteiro (s): desde que sejam de menoridade (idade inferior a 21 anos ou inferior a 24 anos que estejam cursando estabelecimento de ensino superior oficial e reconhecido) ou inválidos não amparados por qualquer tipo de aposentadoria;
- Pessoas de menoridade ou idade avançada (idade superior a 55 anos), bem como das doentes ou inválidas que, sem recursos, vivam às expensas do participante, ou com ele coabitem, e reconhecida tal dependência pela Previdência Social;

No caso de não possuir beneficiário, você poderá designar quaisquer pessoas independente da dependência econômica (exclusivamente para fins de recebimento de pecúlio por morte).

BENEFICIÁRIOS/ DESIGNADOS						
Nome	Nascimento	Sexo	Parentesco	Estado Civil	Inválido	E. Superior

Ciente da proibição de dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro para fins cadastrais, junto a BASES, que as pessoas abaixo relacionadas são meus dependentes para dedução do Imposto de Renda, que não possuem rendimentos próprios e que vivem às minhas expensas.

Por ser verdade, firmo a presente declaração e assumo toda a responsabilidade pela comprovação da relação de dependência perante a SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, caso seja necessário.

DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA						
Nome	Nascimento	Sexo	Parentesco	Estado Civil	Inválido	E. Superior

Local

Data

Assinatura