

FICHA DE RECADASTRAMENTO DE PARTICIPANTE ASSISTIDO PLANO BÁSICO

| | | | | | |
|----------------------|--|-----------------|------------------------|----------------|-------------------|
| NOME | | | MATRÍCULA PATROCINADOR | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | | NACIONALIDADE | | NATURALIDADE |
| CPF | | | NÚMERO IDENTIDADE | | DATA DE EXPEDIÇÃO |
| NOME DA MÃE | | | NOME DO PAI | | |
| ESTADO CIVIL | | NOME DO CÔNJUGE | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | |
| BAIRRO | | CIDADE | | UF | CEP |
| TELEFONE RESIDENCIAL | | CELULAR | | E-MAIL PESSOAL | |

| | | | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| BENEFÍCIO CONCEDIDO NA BASES | | | | | |
| APOSENTADORIA POR IDADE <input type="checkbox"/> | | APOSENTADORIA POR INVALIDEZ <input type="checkbox"/> | | APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO <input type="checkbox"/> | |
| Nº DO BENEFÍCIO ATIVO JUNTO AO INSS | | DATA DA APOSENTADORIA INSS | | VALOR DA APOSENTADORIA INSS | |
| ALTERAÇÃO FATCA | | PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA | | CARGO | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | ESFERA | |
| | | | | PERÍODO | |
| | | | | VALOR DO PATRIMÔNIO | |

| DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA (NECESSÁRIO COMPROVANTE) | | | | | | | |
|--|--------------------|------|--------------------|--------------|-----------------------|------------------------------|--|
| NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO | GRAU DE PARENTESCO | ESTADO CIVIL | INVÁLIDO (SIM OU NÃO) | ENSINO SUPERIOR (SIM OU NÃO) | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Ciente da proibição de dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro para fins cadastrais, junto a BASES, que as pessoas acima 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.

 LOCAL

 DATA

 ASSINATURA