

**FICHA DE RECADASTRAMENTO DE PARTICIPANTE ASSISTIDO PLANO MISTO**

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	ESFERA	PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				

**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