

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF Naturalidade: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento (RG, CNH, etc.): \_\_\_\_\_ Nº do Documento: \_\_\_\_\_ Dt. de Expedição: \_\_\_\_\_ UF Org Exp: \_\_\_\_\_

Nome do Pai : \_\_\_\_\_ Nome da Mãe : \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DE CONTATO DO(A) RESPONSÁVEL**

Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone celular : \_\_\_\_\_ Telefone fixo: \_\_\_\_\_ E-mail pessoal : \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS DO(A) RESPONSÁVEL**

Tipo de Conta : \_\_\_\_\_ Banco (Cod/Nome) : \_\_\_\_\_ Agência (Cod/Nome) : \_\_\_\_\_ Nº Conta: \_\_\_\_\_  
 Corrente  Poupança

**IDENTIFICAÇÃO DOS(AS) DEPENDENTE(S) DO PECÚLIO**

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	CPF

**DESCONTOS DOS DÉBITOS DO(A) PARTICIPANTE (Caso não autorizado no crédito da Suplementação de Pensão)**

Autoriza descontar os débitos de responsabilidade do Participante?  SIM  NÃO

1) Débito em parcela única descontada do pagamento do Pecúlio Ordinário.

2) Os débitos de responsabilidade do participante referentes a benefícios recebidos a mais serão descontados, a depender do regulamento a que o participante se mantinha vinculado, integralmente do valor do pecúlio ou parceladamente dos valores de Suplementação de Pensão pagos aos beneficiários, situação esta que incidirá a atualização monetária pelo índice de meta atuarial do Plano.

**ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES**

Responsável pelas Informações:  Titular  Representante Legal  Procurador

No caso de representante legal ou procurador, anexar documento comprobatório atualizado dessa condição.  
 Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Local e Data  _____ , ____/____/____	Assinatura  _____ Assinatura do Responsável
--	--