

DADOS DO PARTICIPANTE

Patrocinador									
Nome Completo (sem abreviações)						Matrícula			
Data de Nascimento			CPF			Gênero: M – Masculino F - Feminino			
Identidade			Órgão Expedidor/UF			Data de Expedição			
Estado civil			Naturalidade (Cidade/UF)			Nacionalidade			
Filiação: Nome da Mãe (Sem abreviações)									
Nome do Pai (Sem abreviações)									
Nome do cônjuge / companheiro (a)						CPF do cônjuge / companheiro			
Logradouro (Rua, avenida, praça etc.)									
N° e complemento (apto etc.)									
Bairro		Cidade			UF	CEP			
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular 1 (DDD)				Telefone celular 2 (DDD)			
E-mail						Permite o envio de mensagens por e-mail? () Sim () Não			
N° e nome do banco			Agência n°			Conta corrente n°			
Data da admissão na Patrocinadora			Ocupação profissional			Rendimentos mensais (R\$)			
Nome completo do (s) beneficiário (s)		Percentual (%)	Grau de Parentesco*	Data de Nascimento	Sexo (M ou F)	Inválido (S ou N)	Dep. De IRRF? (S ou N)	Inclusão X	Exclusão X

***Grau de parentesco:** cônjuge; companheiro(a); filhos; enteados; irmãos; menor sob guarda; curador; pais; tios; avós; bisavós; bisnetos; sobrinhos; tutelado; tutor e outro (no caso de não haver parentesco).

Obs.: Não havendo indicação de proporcionalidade do rateio, este será feito em partes iguais aos Beneficiários designados, conforme previsto na seção III, art. 6º, § 3º, do Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciais CAPESESP Multi Entes Federativos.

_____, ____ / ____ / ____
Local e data

Assinatura do Participante