



# PROPOSTA DE INSCRIÇÃO NO PLANO DE PECÚLIOS

SPC - nº 19.790.055-83

Protocolo Nº

Inscrição (preenchimento CAPESESP)

Nº de matrícula

Esta proposta só tem validade se impressa frente e verso e devidamente assinada. Preencher em letra de fôrma

Nome completo						
Endereço (Logradouro)				Número	Complemento	
Bairro	Cidade			UF	CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Filiação/Pai			Mãe			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		

## Patrocinador

- CAPESESP   
  FUNASA   
  ANVISA   
  MIN. DA SAÚDE  
 UFPE   
  UFCG   
  IBRAM   
  IFPE   
  IFBA

## Tipos de Pecúlio

- ORDINÁRIO   
 ADICIONAIS\*:  A   
  B   
  C   
  D

\* A inscrição nas séries adicionais só é permitida para servidores menores de 45 anos, inscritos no Pecúlio Ordinário.

## Relação de Beneficiários

Nome completo				Parentesco	Percentual	
Endereço (Logradouro)				Número	Complemento	
Bairro	Cidade			UF	CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Filiação/Pai			Mãe			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		

Nome completo				Parentesco	Percentual	
Endereço (Logradouro)				Número	Complemento	
Bairro	Cidade			UF	CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Filiação/Pai			Mãe			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		

## Relação de Beneficiários

Nome completo				Parentesco		Percentual	
Endereço (Logradouro)				Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF		CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
Filiação/Pai				Mãe			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF	
Telefone residencial (DDD)			Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		

  

Nome completo				Parentesco		Percentual	
Endereço (Logradouro)				Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF		CEP	
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
Filiação/Pai				Mãe			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF	CPF	
Telefone residencial (DDD)			Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		

O associado titular declara ter pleno conhecimento dos regulamentos e normas referentes ao Plano de Pecúlios e autoriza o desconto no seu salário, dos valores correspondentes as modalidades de pecúlios escolhidas, conforme tabela em vigor.

O associado declara também estar gozando de boa saúde física e mental. De acordo.

Local	Data	Assinatura do Titular ou Responsável
-------	------	--------------------------------------

## Instruções e documentos necessários

1. O(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) deve(m) ser escrito(s) de acordo com a certidão ou documento de identidade;
2. Na falta de designação de beneficiários, o Pecúlio caberá, de direito, as seguintes pessoas, sucessivamente: cônjuge e/ou companheiro; filhos; pais; irmãos; avós e netos do participante;
3. A soma de todos os percentuais deve ser igual a 100%;
4. Quando o solicitante for analfabeto ou estiver consciente porém sem condições de assinar por problemas de saúde, deve-se colher sua impressão digital. Além disto, será necessário que outro associado, de sua confiança, assine o formulário a rogo (no local destinado à assinatura deste formulário) e, abaixo, deverá conter mais duas assinaturas de associados, na qualidade de testemunhas, com reconhecimento de firma dos três.

Se a impressão digital e as três assinaturas forem colhidas na presença de um empregado da Capesesp, que puder atestar este fato, pode-se dispensar o reconhecimento de firma.

Em todas as hipóteses, deve-se anexar a cópia da carteira de identidade das testemunhas e da pessoa que assinou à rogo do titular, com a informação ao lado "assinatura à rogo".

Obs.: O Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço [www.capesesp.com.br](http://www.capesesp.com.br)