

Dados Pessoais

Nome completo						Matrícula	
Endereço (Rua, N.º, Complemento)							
Bairro			Cidade		UF	CEP	
Estado Civil	Data de Nascimento	CPF		Identidade		Órgão Expedidor/UF	
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular (DDD):		E-mail			É portador de doença grave? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <small>Lei 7.713/1988</small>	
Banco	Agencia	Conta	Tipo da conta (corrente/poupança)		Conta Conjunta? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		

Natureza do Benefício

Alterações

(Preencher somente se os dados informados acima não estiverem atualizados, anexando o comprovante)

Endereço (Rua, N.º, Complemento)							
Bairro			Cidade		UF	CEP	
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular 1 (DDD):		E-mail			É portador de doença grave? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <small>Lei 7.713/1988</small>	
Banco	Agencia	Conta	Tipo da conta (corrente/poupança)		Conta Conjunta? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		

Dependentes Previdenciários

Nome completo	CPF	Data de Nascimento	Sexo (F/M) M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Parentesco	Inválido(S/N) Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Dependente para IR (S/N) Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
_____	_____	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
_____	_____	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
_____	_____	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
_____	_____	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

Pessoa Politicamente Exposta: Sim Não

É considerada pessoa politicamente exposta o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo nos termos e condições expostos na instrução SPC nº 26, de 01 de setembro de 2008 e de acordo com a Lei 9.613 e pela Instrução MPS/SPC nº 26/08.

Declaro sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade.

Declaro ainda, estar ciente de que a inclusão de novo dependente previdenciário ensejará na cobrança adicional do custo da nova inscrição, que poderá ser paga à vista, por contribuição mensal ou pela redução do benefício futuro de complementação de pensão, conforme previsto no Art. 13 do regulamento do Plano.

Comprometo-me ainda, comunicar imediatamente à CAPESESP, quaisquer alterações que venham a ocorrer no meu benefício junto ao Órgão Previdencial Social.

_____	_____	_____
Local	Data	Assinatura do Assistido

Reservado à CAPESESP

Declaro que o associado acima entregou pessoalmente sua Ficha de Recadastramento junto à CAPESESP:

Local/Data

Funcionário responsável pelo recebimento

Reservado ao cartório

Informações Importantes

- A ficha e as cópias dos documentos que estão sendo exigidos deverão ser entregues pessoalmente por V.Sª nos escritórios da CAPESESP ou por meio de nossos colaboradores junto à Patrocinadora, que acusarão o recebimento do seu processo, sendo exigida, a apresentação de um documento de identificação com foto.
- No caso de impossibilidade da entrega pessoal da documentação, poderá enviá-la pelos correios ou ainda, digitalizada, para o e-mail de nossos Escritórios Regionais, cujo endereço se encontra disponível em nosso site, desde que contenha sua assinatura com firma reconhecida por autenticidade. Não serão aceitos formulários com o reconhecimento de firma por semelhança.
- Caso haja alguma divergência em seus dados cadastrais, solicitamos preencher com a nova informação o campo reservado na frente deste formulário, enviando cópia do comprovante para que possamos providenciar os devidos acertos.
- No caso de inclusão de novo dependente previdenciário, a CAPESESP enviará uma correspondência com a apresentação do custo desta nova inscrição, juntamente com uma declaração para que o assistido possa informar a forma de pagamento.
- Aqueles que são legalmente representados por procuradores, deverão atualizar os respectivos instrumentos de mandato, juntando ao formulário, a procuração por instrumento público.
- O não recebimento do Formulário de Recadastramento juntamente com as documentações necessárias, implicará na suspensão do pagamento do benefício até que se proceda a regularização do cadastro.
- O Formulário de Recadastramento também estará disponível no site da CAPESESP pelo endereço www.capesesp.com.br
- Lembramos que o recadastramento anual dos assistidos da CAPESESP é obrigatório e tem como objetivo a atualização dos dados cadastrais e facilitar o contato com os nossos participantes assistidos, além de evitar pagamentos indevidos.

Documentos Necessários

→ PARTICIPANTES ASSISTIDOS APOSENTADOS:

- Cópia do último extrato de pagamento do INSS, que se encontra disponível no site www.meu.inss.gov.br