



# RECADASTRAMENTO DE ASSISTIDOS

## TIPO DE BENEFÍCIO:

### DADOS PESSOAIS

Matrícula:	Nome:			
Identidade	Número:	Órgão Expedidor:	UF:	Data Expedição:
CPF nº:	Sexo:	Estado Civil:		Data de Nascimento:
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:		
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Nome do Cônjuge:				
Pessoa Politicamente Exposta: ( ) Sim ( ) Não Caso a resposta seja afirmativa, informar:				
Cargo, emprego ou função pública relevante:				
Rendimento Mensal:		Situação Patrimonial:		
Endereço:				
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	País:
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:		Celular:	
E-mail Residencial:		E-mail Comercial:		

### DADOS FUNCIONAIS

Número do Benefício no INSS:	Data do Início da Vigência da Carta de Concessão no INSS:	PIS / PASEP:
------------------------------	---	--------------

### DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Agência:	Operação:	Conta Corrente:
--------	----------	-----------	-----------------

### DEPENDENTES PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO

	Nome do Dependente	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Pessoa Politicamente Exposta	
				( ) SIM	( ) NÃO
1.				Cargo:	
				Rend. Mensal:	
				Situação Patrimonial:	
2				Cargo:	
				Rend. Mensal:	
				Situação Patrimonial:	
3				Cargo:	
				Rend. Mensal:	
				Situação Patrimonial:	
4				Cargo:	
				Rend. Mensal:	
				Situação Patrimonial:	

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

Local: TERESINA - PI	Data:
-------------------------	-------

Assinatura do Participante