



Protocolo Nº:

Processo Nº:

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE ASSISTIDO - 2018**DADOS PESSOAIS**

Nome				Matrícula:	
Endereço (Rua, N.º, Complemento):					
Bairro		Cidade		CEP	UF
Estado Civil	Data de Nascimento	CPF		Identidade	Órgão Expedidor
Telefone residencial com o DDD		Telefone celular com o DDD		Email:	
				É portador de doença grave? : <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
N.º e Nome do Banco		N.º e Nome da Agência		Nº da conta:	Tipo da conta (corrente/poupança):
				Conta Conjunta? : <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

NATUREZA DO BENEFÍCIO

Proporcionalidade:	
--------------------	--

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

Endereço (Rua, N.º, Complemento)					
Bairro		Cidade		CEP	UF
Telefone residencial com o DDD		Telefone celular com o DDD		Email:	
				É portador de doença grave? : <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
N.º e Nome do Banco		N.º e Nome da Agência		Nº da conta:	Tipo da conta (corrente/poupança):
				Conta Conjunta? : <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS

Nome do Dependente	Data de Nascimento	Sexo (F/M)	Parentesco	Invalído (S/N)	Dependente para IR (S/N)
1.					
2.					
3.					
4.					

Declaro sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade. Comprometo-me ainda, comunicar imediatamente à CAPESESP, quaisquer alterações que venham a ocorrer no meu benefício junto ao Órgão Previdencial.

Local e data

Assinatura do Assistido

RESERVADO À CAPESESP	RESERVADO AO CARTÓRIO
Declaro que o associado acima entregou pessoalmente sua Ficha de Recadastramento junto à CAPESESP: _____ Local/Data Funcionário responsável pelo recebimento	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
<ul style="list-style-type: none"> • A ficha e as cópias dos documentos que estão sendo exigidos deverão ser entregues pessoalmente por V.S^a 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, 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. • 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
<p>⇒ PARTICIPANTES ASSISTIDOS APOSENTADOS PELO RJU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia do último contracheque de aposentadoria da União; • Declaração do Órgão Previdencial a que estiver vinculado (FUNASA ou Ministério da Saúde) informando se a aposentadoria sofreu alguma alteração após sua concessão. Caso positivo, deverá constar também, a informação do valor inicial da aposentadoria na proporcionalidade revista e se já houve acertos financeiros decorrentes desta revisão. <p>⇒ PARTICIPANTES ASSISTIDOS APOSENTADOS PELO INSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia do último extrato de pagamento do INSS; <p>⇒ PENSIONISTA DO INSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia do último extrato de pagamento do INSS; <p>⇒ PENSIONISTA DO RJU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia do último extrato de pagamento da União; • Declaração do Órgão Previdencial a que estiver vinculado (FUNASA ou Ministério da Saúde) informando se a pensão sofreu alguma alteração após sua concessão. Caso positivo, deverá constar também, a informação do valor inicial da pensão na proporcionalidade revista e se já houve acertos financeiros decorrentes desta revisão.