

Protocolo Nº: _____

Processo Nº: _____

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE ASSISTIDO

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 | Inválido (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: <hr/> Local/Data Funcionário responsável pelo recebimento | |

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, 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

- ⇒ **PARTICIPANTES ASSISTIDOS APOSENTADOS PELO RJU:**
 - 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.
- ⇒ **PARTICIPANTES ASSISTIDOS APOSENTADOS PELO INSS:**
 - Cópia do último extrato de pagamento do INSS;
- ⇒ **PENSIONISTA DO INSS:**
 - Cópia do último extrato de pagamento do INSS;
- ⇒ **PENSIONISTA DO RJU:**
 - 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.