



Proposta de Inscrição nos Planos de Benefícios Previdenciais

Protocolo Nº _____

Inscrição (preenchimento CAPESESP) _____

Nº de matrícula _____

Preencher em letra de fôrma (Este formulário só tem validade se impresso frente e verso e devidamente assinado)

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? SIM NÃO			
Filiação/Pai _____			Mãe _____			
Sexo M F	Estado Civil _____	Data de Nascimento _____	Carteira de Identidade _____	Órgão Expedidor _____	UF _____	CPF _____
Telefone residencial (DDD) _____		Telefone celular 1 _____		Telefone celular 2 _____		Ramal _____

Plano de Benefícios Previdenciais

FNS - SPC-19.840.002-92

CAPESESP - SPC -19.840.001-11 - Data da 1ª contribuição previdenciária: _____.

Relação de Dependentes Beneficiários

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

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

Informações importantes

Plano de Benefícios Previdenciais

Benefícios:

- Complementação de aposentadoria compulsória
- Complementação de aposentadoria por invalidez
- Complementação de abono anual
- Auxílio Natalidade
- Pecúlio Previdenciário
- Empréstimos

Quem pode se inscrever:

Servidores em efetivo exercício na FUNASA ou na CAPESESP, desde que não esteja em gozo de licença no Patrocinador ou de aposentadoria concedida pelo Órgão Previdenciário.

Dependentes:

Serão considerados dependentes aqueles reconhecidos pelo Artigo 2017 da Lei 8.112/90 e pela Lei 8.213/91, Artigo 16 (CAPESESP).

Documentos necessários para inscrição:

- **Participante** - cédula de identidade, CPF, contracheque e comprovante de residência (fotocópia de correspondência de Instituição Bancária ou de administradora cartões de crédito, fatura de Tv's a cabo ou de redes de supermercados, faturas de lojas, boletos de condomínios cuja identificação, nome e endereço do titular, esteja impressa na própria fatura, envelope de correspondência com data de expedição de no máximo noventa dias);
- **Conjuge** - certidão de casamento, cédula de identidade e CPF;
- **Companheiro(a)** - certidão ou cédula de identidade, CPF, declaração do titular, subscrita por 2(duas) testemunhas, com firma reconhecida, atestando coabitação.
- **Filhos(as), solteiros(as) menores de 21 anos** - certidão de nascimento do(a) dependente, cédula de identidade e CPF;
- **Filhos(as) maiores(inválidos)** - certidão de nascimento do(a) dependente, cédula de identidade e CPF; laudo médico assinado por 3 médicos em conjunto atestando a invalidez ou 3 laudos independentes.

O proponente declara e/ou afirma:

Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, e que está ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais previstas no artigo 299 do Código Penal e nos artigos 186 e 187 do Código Civil. Sendo de sua inteira responsabilidade informar à CAPESESP, no prazo de 30 (trinta) dias contados da ocorrência, quaisquer alterações nas informações ora prestadas, sob pena de exclusão.

O proponente declara ter pleno conhecimento do Estatuto e Regulamento em vigor e autoriza a Patrocinadora a descontar dos seus vencimentos a jóia e demais contribuições regulamentares.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)

Obs: A qualidade de participante é adquirida com a aprovação do seu pedido de inscrição e após o pagamento da primeira contribuição para este Plano.

Autorização para débito automático em conta corrente

Caso não ocorra o pagamento das minhas contribuições para os Planos administrados pela CAPESESP por intermédio da folha de pagamento, desde já, AUTORIZO que seja efetuado o desconto dos referidos valores na minha conta corrente identificada na presente proposta de inscrição, ressalvada, ainda, a possibilidade de emissão de ficha de compensação para as hipóteses em que não for possível o desconto em folha de pagamento, bem como o débito automático em conta corrente.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)

Obs: O Regulamento deste Plano está disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço eletrônico (<http://www.capesesp.com.br>), em conformidade com as Resoluções CGPC Nº 08 de 19/02/2004, CNPC Nº 05, de 18/04/2011 e CNPC Nº 06, de 15/08/2011.