

**REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS**

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA Nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR \_\_\_\_\_

**ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

N IDENTIDADE \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXP. \_\_\_\_\_ DATA EXP. \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ TELEFONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR \_\_\_\_\_

**CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S)**

NOME	CPF	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	DEPENDENTE IR (**)
					( )
					( )
					( )
					( )
					( )

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Declaro, sob minha responsabilidade, que as informações prestadas sobre o novo beneficiário são verdadeiras.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE