

É importante que todos os campos sejam preenchidos

\_\_\_\_\_  
NOME CPF MATRÍCULA Nº

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
IDADE PARA APOSENTADORIA

**CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) E O PERCENTUAL DE SALDO (\*\*\*)**

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TELEFONE	PERCENTUAL (****)

(\*\*\*\*) **Percentual do saldo:** Este campo se refere ao percentual do saldo de contas a ser pago a cada Beneficiário Designado, caso ocorra o falecimento do participante e Beneficiário (s) habilitado (s). Observando o percentual máximo de 100%, que deverá ser distribuído entre todos os Beneficiários Designados escolhidos pelo participante.

\_\_\_\_\_  
LOCAL

\_\_\_\_\_,  
DIA

, de

\_\_\_\_\_  
MÊS

de 20

\_\_\_\_\_  
ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU REPRESENTANTE LEGAL

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).