

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE ASSISTIDO/RECEBEDORES DE PENSÃO

Dados do Assistido/Recebedores de Pensão

| | | | |
|--|----------------------|---------------------|----------------------|
| Patrocinadora: | <input type="text"/> | Matrícula PBP1: | <input type="text"/> |
| Nome Completo: | <input type="text"/> | Data de Admissão: | <input type="text"/> |
| Plano: | <input type="text"/> | Inscrição Plano: | <input type="text"/> |
| Sit. Plano: | <input type="text"/> | Aposentadoria(DIB): | <input type="text"/> |
| Nº Benefício Previdência Oficial (INSS): | <input type="text"/> | | |

Representante Legal:

| | | | | | |
|-------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | Data início da Representação: | <input type="text"/> | Motivo: | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------|----------------------|

Documentação:

| | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Data de Nasc.: | <input type="text"/> | Sexo: | <input type="text"/> | Nacionalidade: | <input type="text"/> | Estado Civil: | <input type="text"/> |
| Naturalidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | PIS/PASEP: | <input type="text"/> | CPF: | <input type="text"/> |
| Identidade(RG): | <input type="text"/> | Órgão Emissor: | <input type="text"/> | Data de Emissão: | <input type="text"/> | | |
| Banco: | <input type="text"/> | Agência: | <input type="text"/> | Conta Corrente: | <input type="text"/> | | |

Obs: No caso de assistidos/recebedores, os dados bancários a serem incluídos ou alterados deverão ser os mesmos nos quais a Administradora do Plano paga a suplementação.

Filiação:

| | | | |
|------|----------------------|------|----------------------|
| Pai: | <input type="text"/> | Mãe: | <input type="text"/> |
|------|----------------------|------|----------------------|

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|------|----------------------|
| Nome Cônjuge/ Companheiro(a): | <input type="text"/> | CPF: | <input type="text"/> |
|----------------------------------|----------------------|------|----------------------|

Endereço Residencial:

| | | | | | | | |
|--------------|----------------------|----------|----------------------|---------------------|----------------------|-------|----------------------|
| Logradouro: | <input type="text"/> | Número: | <input type="text"/> | | | | |
| Complemento: | <input type="text"/> | Bairro: | <input type="text"/> | | | | |
| Cidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | CEP: | <input type="text"/> | País: | <input type="text"/> |
| Telefone: | <input type="text"/> | Celular: | <input type="text"/> | Telefone Comercial: | <input type="text"/> | | |
| E-mail: | <input type="text"/> | | | | | | |

Dados dos Beneficiários:

| | | | | | |
|---|----------------------|------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | Grau Parentesco: | <input type="text"/> | Data Inscrição: | <input type="text"/> |
| Dependência de IR () SIM () NÃO | | Desabilitação: | <input type="text"/> | Motivo: | <input type="text"/> |
| Deseja incluir seu beneficiário na condição de designado, quando este completar a maioridade, para ter direito ao recebimento do pecúlio no Plano PBP1? () SIM () NÃO | | | | | |

Documentação:

| | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Data de Nasc.: | <input type="text"/> | Sexo: | <input type="text"/> | Nacionalidade: | <input type="text"/> | Estado Civil: | <input type="text"/> |
| Naturalidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | PIS/PASEP: | <input type="text"/> | CPF: | <input type="text"/> |
| Identidade(RG): | <input type="text"/> | Órgão Emissor: | <input type="text"/> | Data de Emissão: | <input type="text"/> | | |
| Banco: | <input type="text"/> | Agência: | <input type="text"/> | Conta Corrente: | <input type="text"/> | | |

Filiação:

| | | | |
|------|----------------------|------|----------------------|
| Pai: | <input type="text"/> | Mãe: | <input type="text"/> |
|------|----------------------|------|----------------------|

Endereço Residencial:

| | | | | | | | |
|--------------|----------------------|----------|----------------------|---------------------|----------------------|-------|----------------------|
| Logradouro: | <input type="text"/> | Número: | <input type="text"/> | | | | |
| Complemento: | <input type="text"/> | Bairro: | <input type="text"/> | | | | |
| Cidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | CEP: | <input type="text"/> | País: | <input type="text"/> |
| Telefone: | <input type="text"/> | Celular: | <input type="text"/> | Telefone Comercial: | <input type="text"/> | | |
| E-mail: | <input type="text"/> | | | | | | |

Dados dos Designados:

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Nome: | <input type="text"/> | Grau Parentesco: | <input type="text"/> | Data Inscrição: | <input type="text"/> |
| Dependência de IR () SIM () NÃO | | Desabilitação: | <input type="text"/> | Motivo: | <input type="text"/> |

Documentação:

| | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Data de Nasc.: | <input type="text"/> | Sexo: | <input type="text"/> | Nacionalidade: | <input type="text"/> | Estado Civil: | <input type="text"/> |
| Naturalidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | PIS/PASEP: | <input type="text"/> | CPF: | <input type="text"/> |
| Identidade(RG): | <input type="text"/> | Órgão Emissor: | <input type="text"/> | Data de Emissão: | <input type="text"/> | | |

Filiação:

| | | | |
|------|----------------------|------|----------------------|
| Pai: | <input type="text"/> | Mãe: | <input type="text"/> |
|------|----------------------|------|----------------------|

Endereço Residencial:

| | | | | | | | |
|--------------|----------------------|----------|----------------------|---------------------|----------------------|-------|----------------------|
| Logradouro: | <input type="text"/> | Número: | <input type="text"/> | | | | |
| Complemento: | <input type="text"/> | Bairro: | <input type="text"/> | | | | |
| Cidade: | <input type="text"/> | UF: | <input type="text"/> | CEP: | <input type="text"/> | País: | <input type="text"/> |
| Telefone: | <input type="text"/> | Celular: | <input type="text"/> | Telefone Comercial: | <input type="text"/> | | |
| E-mail: | <input type="text"/> | | | | | | |

Códigos de Parentesco (Dependência Econômica)

| | |
|---|--|
| 1. Cônjuge | 7. Pessoas inválidas (*) |
| 3. Filhos e enteados solteiros até 21 anos | 8. Pessoas menores de 21 anos (*) |
| 4. Filhos e enteados solteiros até 24 anos cursando nível Superior em estabelecimento oficial | 9. Pessoas maiores de 55 anos (*) |
| 5. Filhos ou enteados inválidos | 10. Ex-cônjuge recebedora de pensão de alimentos |
| 6. Companheiro(a) reconhecido pela Previdência Oficial | 11. Pessoas doentes. |

() Pessoas sem recursos suficientes para manterem a sua própria subsistência e/ou educação, vivam a expensas do participante. São consideradas pessoas com recursos suficientes aquelas cujos rendimentos brutos mensais sejam inferiores ao salário mínimo vigente. O recebedor deverá comprovar a dependência econômica.*

Alteração ou inclusão de Beneficiários

A inscrição ou alteração de novos beneficiários que resultar em aumento do compromisso do Plano de Benefícios Portus 1 – BPB1, após decorrido o prazo de 90(noveenta) dias a partir da data de início do cadastramento, ou seja de 05/07/10 a 05/10/10, será devido a Contribuição Adicional de Risco prevista no artigo 27 do Regulamento ou o Fundo de Alteração de Beneficiários disposto no artigo 42 deste Regulamento.

Por ser expressão da verdade, e nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios Portus 1 – BPB1, responsabilizo-me pelas declarações prestadas.

Local/Data

Assinatura do Assistido/Recebedores/Representante Legal

Local/Data

Assinatura do Colaborador Responsável

Obs: Reconhecimento de Firma por autenticidade em cartório utilize o verso.

PORTUS – INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL
FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

COMPLEMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS
EXIGÊNCIA DA INSTRUÇÃO NORMATIVA – SPC Nº 26 / 2008

Nome:

Matrícula:

SITUAÇÃO PATRIMONIAL :

1. Ocupação Profissional : _____
2. Rendimentos – R\$ _____
3. Origem dos Rendimentos (Empregador; Autônomo; Funcionário Público), especificar:

OUTRAS INFORMAÇÕES :

Para prestar as informações abaixo favor observar que:

São consideradas PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS , nos termos da Instrução Normativa SPC nº 26 de 1º de Setembro de 2008 , aqueles que nos últimos 5 anos , contados do dia 02 de Setembro de 2008 , se enquadram nas seguintes situações :

- I. O agente público que desempenha ou tenha desempenhado , nos últimos cinco anos , no Brasil ou em país , território ou dependência estrangeira , cargo, emprego ou função pública relevante , assim como seus representantes , familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo ;
- II. os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União ;
- III. os ocupantes de cargo no Poder executivo da União :
 - a) de ministro de estado ou equiparado ;
 - b) de natureza especial ou equivalente ;
 - c) de presidente , vice-presidente e diretor , ou equivalente , de autarquias , fundações públicas , empresas públicas ou sociedades de economia mista ; e
 - d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS , nível 6 , e equivalentes.
- IV. os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;
- V. os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador –Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal ;
- VI. os membros do Tribunal de Contas da união e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União ;
- VII. os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de tribunal de justiça, de assembléia legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de tribunal e de conselho de contas de estado , de municípios e do Distrito Federal ;
- VIII. os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

1. Considera-se enquadrado como PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA ? Sim Não
2. Possui familiares (pais, filhos, cônjuge, Companheira (o) ou enteado (a) ou pessoas de relacionamento próximo , que possam estar enquadrados como PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTAS? Sim Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Declarante responsabiliza-se , sob as penas da lei , pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____, _____ de _____ de 20____. _____
Assinatura