

## FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE PARTICIPANTE ATIVO

### Dados do Participante

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"/>
Situação no Plano de Benefícios Portus 1 (PBP1):	<input type="text"/>		

### Documentação:

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

Obs: No caso de participantes patrocinados, os dados bancários a serem incluídos ou alterados deverão ser os mesmos nos quais o Patrocinador paga a remuneração.

### 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"/>
<b>Deseja incluir seu beneficiário na condição de designado quando este completar a maioridade, para ter direito ao recebimento do pecúlio e resgate no caso de inexistência de beneficiário no Plano PBP1? ( ) SIM ( ) NÃO</b>					

### Documentação:

Data de Nasc:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>	Nacionalidade:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>	PIS/PASEP:	<input type="text"/>
Naturalidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	CTRB:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>
Identidade(RG):	<input type="text"/>	Órgão Emissor:	<input type="text"/>	Data de Emissão:	<input type="text"/>	Série:	<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"/>	PIS/PASEP:	<input type="text"/>
Naturalidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	CTRB:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>
Identidade(RG):	<input type="text"/>	Órgão Emissor:	<input type="text"/>	Data de Emissão:	<input type="text"/>	Série:	<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 3. Filhos e enteados solteiros até 21 anos 4. Filhos e enteados solteiros até 24 anos cursando nível Superior em estabelecimento oficial 5. Filhos ou enteados inválidos 6. Companheiro(o) reconhecido pela Previdência Oficial	7. Pessoas inválidas (*) 8. Pessoas menores de 21 anos (*) 9. Pessoas maiores de 55 anos (*) 10. Ex-cônjuge recebedora de pensão de alimentos 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(noventa) dias a partir da data de início do cadastramento, ou seja de 05/07/10 a 05/10/10, a critério da Administradora do Plano, poderá ser cobrado os custos atuariais adicionais do participante em conformidade ao artigo 21 do Regulamento do BPB1, bem como 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 Participante

\_\_\_\_\_  
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