

## IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Por favor, a partir daqui, marque apenas os quadros cujas informações serão atualizadas.

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Identificação: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Validade (se houver): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO E TELEFONE** (A atualização de e-mail e celular deve ser efetuada pelo formulário "Atualização e-mail e celular".)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça etc.): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo (com prefixo): \_\_\_\_\_

Situação Civil(casado, solteiro, divorciado, viúvo etc.): \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO**

Agência: \_\_\_\_\_

C. Corrente/DV: \_\_\_\_\_

**REPRESENTAÇÃO LEGAL** (Se houver)

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_

Tipo de Representação (tutela, curatela ou guarda): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Logradouro (Rua, Avenida, Praça etc.): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo (com prefixo): \_\_\_\_\_

## Atenção

1. As informações atendem ao regulamento do plano de benefícios 1 e Previ Futuro.
2. Para alteração de telefone celular e e-mail, utilizar o formulário "Atualização de e-mail e telefone celular".
3. Relacione todos os seus beneficiários, mesmo que já constem no cadastro da Previ.
4. Em caso de exclusão de cônjuge/companheiro(a), observar o item 20 (código de vínculo). Segundo o regulamento do plano de benefícios, havendo pagamento de pensão alimentícia, o (a) ex-cônjuge/companheiro(a) deve permanecer no rol de beneficiários Previ.
5. Além do código, informe se o dependente é inválido (S) ou não (N).
6. Para cadastramento de dependentes econômicos para fins de Imposto de Renda na fopag Previ é necessário utilizar formulário próprio disponível no site.

## INDICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS - Preenchimento obrigatório

(\*) Consulte legenda de códigos para inscrição dos beneficiários na página seguinte

**Declaro que a(s) pessoa(s) abaixo são meus beneficiários de acordo com os normativos da Previ**

**Declaro não possuir beneficiários no Plano de acordo com os normativos da Previ.**

1. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

4. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

5. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

6. Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cód.(\*): \_\_\_\_\_ Inválido S/N: \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES PARA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Código	Poderão ser inscritos
20	O cônjuge separado judicialmente, o ex-cônjuge divorciado, todos desde que percebendo pensão alimentícia.
30	A esposa ou o marido.
40	Os filhos, de qualquer condição, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou maiores se inválidos.
41	Os enteados menores de 24 (vinte e quatro) anos ou maiores se inválidos.
42	Os menores que, por determinação judicial, se acham sob sua tutela e que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação, podendo ser mantida a inscrição, ainda que vencido o limite legal da tutela, desde que menores de 24 (vinte e quatro) anos e que persistam as condições de dependência, ou se inválidos
44	Os menores que, por determinação judicial, se acham sob sua guarda idem ao código 42.
60	O pai e a mãe.
61	Os irmãos, de qualquer condição, menores de 24 (vinte e quatro) anos, ou maiores, se inválidos.
90	A(O) companheira(o).
97	A(O) ex-companheira(o), desde que percebendo pensão alimentícia.

### OBS.:

1. Anexar documentos que comprovem a alteração.
2. O benefício deverá ser obrigatoriamente pago em conta corrente ativa do Banco do Brasil, de titularidade do beneficiário.
3. Para efeito de concessão de benefício, é presumida a habilitação dos dependentes inscritos nos códigos 30, 40 (em relação aos inválidos, somente se a invalidez for anterior a 24 anos) e 90 (comprovada a união estável com o participante, na forma definida na legislação vigente).
4. Para os demais códigos e o 40, quando se tratar de filho inválido, cuja invalidez for posterior a 24 anos, a habilitação fica subordinada à comprovação de sua condição de dependente econômico na data de falecimento do participante.
5. A habilitação de dependente econômico não inscrito anteriormente ao falecimento do participante somente produzirá efeitos a partir da data em que se tenha realizado.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Solicitamos que o formulário seja, prioritariamente, preenchido e assinado digitalmente via Gov.Br.**

**O formulário deverá ser enviado digitalmente para o e-mail: [cadastro.participantes@previ.com.br](mailto:cadastro.participantes@previ.com.br)**