

RECADASTRAMENTO FUNDAÇÃO SILIUS

IDENTIFICAÇÃO (Anexar cópia simples do documento de identidade/CPF e do Comprovante de Residência)				
NOME DO DECLARANTE				
DATA DE NASCIMENTO	CPF	CARTEIRA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	
SEXO	ESTADO CIVIL	Nº BENEFÍCIO NO INSS		
FILIAÇÃO	PAI			
	MÃE			
ENDEREÇAMENTO				
LOGRADOURO, AV. Nº			BAIRRO	
			CIDADE	
UF	CEP	DDD	FONE	E-MAIL

BENEFICIÁRIOS PARA PECÚLIO POR MORTE			
(Cônjuge, companheiro/a, filhos até 21 anos de idade – Anexar cópia simples do documento de identidade/CPF)			
Pensionistas: desconsiderar esse campo			
Nome	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M ou F)	Grau de Parentesco

CASO FALTE BENEFICIÁRIOS, DESIGNAR PESSOAS PARA FINS DE PECÚLIO POR MORTE			
(Anexar cópia simples do documento de identidade/CPF)			
Pensionistas: desconsiderar esse campo			
Nome	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M ou F)	Grau de Parentesco

RESPONSÁVEL LEGAL:		
NO CASO DE TUTELA/CURATELA/PROCURAÇÃO (Este termo deve vir acompanhado da respectiva cópia da certidão/procuração atualizada e autenticada e do documento de identidade/CPF do tutor/curador/procurador)		
Nome do Tutor/Curador/Procurador:		
CPF	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor
Logradouro, Av. Nº, CEP		Bairro
		Cidade/UF
DECLARAÇÃO		
Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e substituem qualquer indicação feita anteriormente, não cabendo nenhuma responsabilidade à FUNDAÇÃO SILIUS no que concerne a eventual erro ou falsidade destas informações e suas implicações. Com a finalidade de cumprir as determinações regulamentares, declaro, ainda, sob as penas da lei, assumindo todos os ônus e responsabilidades decorrentes do presente ato, que estou recebendo benefício pago regularmente pelo INSS/Previdência Social.		
Data: ____/____/____	Assinatura: _____	
	(Reconhecer Firma em Cartório por Autenticidade)	