

RECADASTRAMENTO

IDENTIFICAÇÃO						
NOME DO DECLARANTE						
DATA DE NASCIMENTO	CPF	CARTEIRA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR			
SEXO	ESTADO CIVIL	N.º BENEFÍCIO NO INSS				
FILIAÇÃO	PAI					
	MÃE					
ENDEREÇAMENTO						
LOGRADOURO, AV. N.º				BAIRRO	CIDADE	
UF	CEP	DDD	FONE	E-MAIL		

BENEFICIÁRIO (Esposa (o), Companheira (o), filhos até 21 anos de idade) - PECÚLIO POR MORTE -			
Nome	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M ou F)	Grau de Parentesco

PESSOA (S) DESIGNADA (S) PARA FINS DE PECÚLIO POR MORTE - CASO FALTE O BENEFICIÁRIO -			
Nome	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M ou F)	Grau de Parentesco

RESPONSÁVEL LEGAL:		
NO CASO DE TUTELA/CURATELA - Obs: Este termo deve vir acompanhado da respectiva certidão atualizada e autenticada		
NOME DO TUTOR/CURADOR:		
CPF	CARTEIRA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR
LOGRADOURO, AV. N.º	BAIRRO	CIDADE
DECLARAÇÃO		
<small>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.</small>		
Data: ____/____/____	Assinatura: _____	
Conforme Carteira de Identidade		

