

EVENTOAposentadoria Invalidez Morte não Acidental Morte Acidental Resgate Saldamento **DADOS SEGURADO**

Nome Completo:

CPF:

Data de Nascimento:

DADOS BENEFICIÁRIO

Nome Completo (01):

CPF (02):

Data de Nasc. (03):

Sexo (04):

Masc. Fem.

Estado Civil (05):

Ocupação Profissional (06):

Renda (07):

1 S.M. 3 S.M. 5 S.M. + 5 S.M.

Nº Doc. Identificação (08):

Órgão Exp. (09):

Data de Expedição (10):

Filiação (11):

Nome do Cônjuge ou Companheiro(a) (12):

Naturalidade (13):

Nacionalidade (14):

Rua, Av. etc. (15):

Número (16):

Complemento (17):

Bairro (18):

Município (19):

UF (20):

CEP (21):

DDD (22):

Telefone (23):

Ramal (24):

DADOS DO BANCO Conta-Corrente (25) Conta-Poupança (26)

Banco (27):

Cód. Banco (28):

Agência Bancária (29):

Cód. Ag. (30):

D.V. (31):

Conta-Corrente (32):

D.V. (33):

Data da Solicitação (34):

Assinatura do Beneficiário (35):

x

REQUERENTE DA HABILITAÇÃO

Nome do Requerente (36):

Identidade (37):

Órgão Exp. (38):

Rua, Av. etc. (39):

Número (40):

Complemento (41):

Bairro (42):

Município (43):

UF (44):

CEP (45):

DDD (46):

Telefone (47):

Ramal (48):

Situação (49):

Procurador Tutor Curador Pais

Data da Solicitação (50):

Assinatura do Requerente (51):

x

EM CASO DE BENEFICIÁRIO DEFICIENTE VISUAL E/OU ANALFABETO

AS TESTEMUNHAS E A PESSOA QUE ASSINOU "A ROGO", ABAIXO IDENTIFICADAS, DECLARAM QUE FOI REALIZADA A LEITURA DO INTEIRO TEOR E QUE O(A) PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO(A) TEVE CONHECIMENTO DOS OBJETIVOS E CONTEÚDO DESTES DOCUMENTOS.

SE ANALFABETO,
IMPRESSÃO DIGITAL (52)

Assinatura da Pessoa "A Rogo" (53):

Data (54):

Assinatura da Testemunha 1 (55):

Data (56):

Assinatura da Testemunha 2 (55):

Data (56):

ATENÇÃO: RECONHECER FIRMA, EM CARTÓRIO, DA PESSOA QUE ASSINOU "A ROGO" E DAS DUAS TESTEMUNHAS (ABAIXO CAMPO PARA RECONHECIMENTO):**EM CASO DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE (ENTRE 16 E 18 ANOS)**

Assinatura do Menor (57):

Data (58):

DADOS DA CAPEMISA

Data do Recebimento (59):

Assinatura do Funcionário (60):

Matrícula (61):

DADOS DO BENEFICIÁRIO

01. Nome Completo
02. CPF
03. Data de Nascimento
04. Sexo
05. Estado Civil
06. Ocupação Profissional
07. Renda Base Salarial
08. N° Doc. Identificação
09. Órgão Expedidor
10. Data de Expedição
11. Filiação
12. Nome do Cônjuge ou Companheira(o)
13. Naturalidade
14. Nacionalidade
15. Rua, Av. etc.
16. Número
17. Complemento
18. Bairro
19. Município
20. UF
21. CEP
22. DDD
23. Telefone
24. Ramal

DADOS DO BANCO (DO BENEFICIÁRIO)

25. Conta-Corrente
26. Conta Poupança
27. Banco
28. Cód. Banco
29. Agência Bancária
30. Cód. Ag.
31. D.V.
32. Conta-Corrente
33. D.V.
34. Data da Solicitação
35. Assinatura do Beneficiário

REQUERENTE DA HABILITAÇÃO

36. Nome do Requerente
37. Identidade
38. Órgão Expedidor
39. Rua, Av. etc.
40. Número
41. Complemento
42. Bairro
43. Município
44. UF
45. CEP
46. DDD
47. Telefone
48. Ramal
49. Situação
50. Data da Solicitação
51. Assinatura do Requerente

**EM CASO DE BENEFICIÁRIO DEFICIENTE VISUAL
E/OU ANALFABETO**

52. Se analfabeto, impressão digital
53. Assinatura da Pessoa "A Rogo"
54. Data
55. Assinatura das Testemunhas
56. Datas

**EM CASO DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE
(ENTRE 16 E 18 ANOS)**

57. Assinatura do Menor
58. Data

DADOS DA CAPEMISA

59. Data de Recebimento
60. Assinatura do Funcionário
61. Matrícula

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Nome completo do beneficiário
Número do CPF do beneficiário
Dia, mês e ano do nascimento de beneficiário
Indicar com "X" na quadricula correspondente ao sexo do beneficiário
Estado civil do beneficiário
Profissão do beneficiário
Assinalar com "X" na quadricula correspondente a quantidade (aproximada) de salário(s) mínimo mensal
Número do documento de identificação do beneficiário
Nome do órgão responsável pela expedição da Carteira de Identidade
Data de expedição do Documento de Identificação
Nome completo do pai e da mãe do beneficiário
Nome completo do cônjuge do beneficiário
Estado onde nasceu o beneficiário
País onde nasceu o beneficiário
Nome da rua, avenida, travessa etc. onde mora o beneficiário
Número do logradouro do beneficiário
Complementação do logradouro do beneficiário
Nome do bairro onde reside o beneficiário
Nome do município onde reside o beneficiário
Sigla da Unidade de Federação onde reside o beneficiário
Código de Endereçamento Postal do endereço do beneficiário
Código de Discagem Direta a Distância da cidade onde reside o beneficiário
Número de telefone do beneficiário
Número de extensão do telefone (ramal) do beneficiário, se houver

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Indicar com "X" na quadricula correspondente no caso de depósito em conta-corrente
Indicar com "X" na quadricula correspondente no caso de depósito em conta poupança
Nome do banco onde será efetuado o pagamento do benefício
Código do banco onde será efetuado o pagamento do benefício
Nome da agência bancária onde será efetuado o pagamento do benefício
Código da agência bancária onde será efetuado o pagamento do benefício
Dígito verificador da conta-corrente/poupança
Número da conta-corrente onde será efetuado o depósito
Dígito verificador da conta-corrente/poupança
Dia, mês e ano da solicitação do beneficiário
Assinatura do beneficiário (idoso e deficiente visual)

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Nome completo do requerente da habilitação
Número da carteira de identidade do requerente da habilitação
Nome do órgão responsável pela expedição da Carteira de Identidade
Endereço completo do requerente da habilitação
Nome da rua, avenida, travessa etc. onde mora o requerente da habilitação
Complementação do logradouro do requerente da habilitação
Nome do bairro onde reside o requerente da habilitação
Nome do município onde reside o requerente da habilitação
Sigla da Unidade de Federação onde reside o requerente da habilitação
Código de Endereçamento Postal do endereço do requerente da habilitação
Código de Discagem Direta a Distância da cidade onde reside o requerente da habilitação
Número do telefone do requerente da habilitação
Número de extensão do telefone (ramal) do requerente de habilitação, se houver
Indicar com "X" na quadricula correspondente a situação do requerente da habilitação
Dia, mês e ano da solicitação do requerente da habilitação
Assinatura do requerente da habilitação (OBS.: Este campo deve ser assinado somente por: Procurador; Curador; Rogado – acompanhado de Expressão "A Rogo Analfabeto"; Pai ou Mãe de Menor de Idade; Tutor de Menor de Idade; Representante ou Assistente de Menor de Idade Órfão ou sem tutela; Responsável por Participante Incapaz por Acidente)

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Espaço reservado para impressão digital
Assinatura do rogado
Dia, mês e ano da assinatura do rogado
Assinatura das testemunhas
Dia, mês e ano das assinaturas das testemunhas

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Assinatura do menor com idade entre 16 e 18 anos
Dia, mês e ano da assinatura do menor de idade

DESCRIÇÃO DO CAMPO

Dia, mês e ano do recebimento do formulário na CAPEMISA
Assinatura do funcionário
Número da matrícula funcional do funcionário responsável pelo recebimento do formulário

ATENÇÃO!

**Somente deverá ser preenchido os dados do requerente na condição registrada no item 51 acima descrito.
Quando o beneficiário não se enquadrar, somente deverão ser preenchidos os dados referentes ao beneficiário.**