



Caixa de Previdência Complementar do Banco da Amazônia – CAPAF

## RECADASTRAMENTO DE APOSENTADOS - 2011

| DADOS DO(A) APOSENTADO(A)  |                         |                       |                  | MATRICULA CAPAF                | DOSSIÊ: |
|--|-------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------------|---------|
| NOME COMPLETO  |                         |                       |                  | CPF                            |         |
| DATA ADMISSÃO BASA   | APOSENTADORIA CAPAF     | SEXO (M/F)            | ESTADO CIVIL (*) | NACIONALIDADE                  |         |
| Nº DOC. IDENTIFICAÇÃO  | DATA DA EXPEDIÇÃO DO RG | ÓRGÃO EMISSOR         |                  | LOCAL DE NASCIMENTO-UF         |         |
| Nº PIS/PASEP   | DATA NASCIMENTO         | FORMAÇÃO PROFISSIONAL |                  | OCUPAÇÃO PROFISSIONAL          |         |
| NOME DA MÃE  |                         |                       | NOME DO PAI      |                                |         |
| NOME DO CÔNJUGE  |                         |                       |                  |                                |         |
| Nº E NOME DO BANCO   |                         | Nº E NOME DA AGÊNCIA  |                  | Nº DA CONTA CORRENTE C/ DÍGITO |         |
| ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV, PRAÇA, Nº, APTO., BLOCO, CAIXA POSTAL, ETC.) |                         |                       |                  |                                |         |
| COMPLEMENTO  |                         |                       | PERÍMETRO        |                                |         |
| BAIRRO/DISTRITO  |                         | CEP                   |                  | CIDADE UF                      |         |
| DDD/TELEFONE   | CELULAR                 | E-MAIL                |                  | OUTROS                         |         |

### DADOS DOS DEPENDENTES (observar as instruções do verso)

| NOME (Utilizar o verso, se necessário) | PREVIDÊNCIA (PENSÃO) | IMPOSTO RENDA | INVALIDEZ | SEXO | DATA NASCIM. | PARENTESCO |
|--|----------------------|---------------|-----------|------|--------------|------------|
|  |                      |               |           |      |              |            |
|  |                      |               |           |      |              |            |
|  |                      |               |           |      |              |            |
|  |                      |               |           |      |              |            |

### DADOS DO PROCURADOR ( ) TUTOR ( ) CURADOR ( )

|  |         |        |  |           |  |
|--|---------|--------|--|-----------|--|
| NOME   |         |        |  | CPF       |  |
| ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº, APTO, BLOCO, CAIXA POSTAL, ETC.) |         |        |  |           |  |
| BAIRRO/DISTRITO  |         | CEP    |  | CIDADE UF |  |
| DDD/TELEFONE   | CELULAR | E-MAIL |  | OUTROS    |  |

....., ..... de ..... de .....

(Local e data)

Assinatura do(a) Aposentado(a)

Assinatura do Procurador / Curador

**OBS: GENTILEZA CONFERIR OS DADOS PRÉ-IMPRESSOS E SE NECESSÁRIO FAZER AS DEVIDAS CORREÇÕES. AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO ASSOCIADO. FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA.**

(\*) LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO.

Recadapo08.doc

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1 - No campo "EST. CIVIL", preencher com um dos seguintes números, conforme o caso: **1-Solteiro; 2-Casado; 3-Viúvo; 4-Desquitado; 5-Divorciado; 6-Separado judicialmente ou 7-Outros.**
- 2- No quadro "DADOS DOS DEPENDENTES", campo PREVIDENCIÁRIO, a CAPAF reconhece os beneficiários habilitados pelo INSS, conforme abaixo:

|  |
|--|
| • <b>Cônjuge, companheiro (a) e filhos menores de 21 anos, não-emancipados ou inválidos;</b> |
| • <b>Os pais;</b>  |
| • <b>Irmãos menores de 21 anos, não-emancipados ou inválidos.</b>                            |

*Enteados ou menores de 21 anos que estejam sob tutela do segurado possuem os mesmos direitos dos filhos, desde que não possuam bens para garantir seu sustento e sua educação.  
Havendo dependentes de uma classe, os integrantes da classe seguinte perdem o direito ao benefício.*
- 3- No quadro "DADOS DOS DEPENDENTES", campos "**PREVIDENCIÁRIO**", "**IMPOSTO DE RENDA**" e "**INVALIDEZ**", preencher **SIM** ou **NÃO**, conforme o caso.
- 4- Especificamente para os optantes pelo Plano Misto de Benefícios, qualquer alteração de dependentes inscritos por ocasião de sua adesão ao Plano poderá ocasionar redefinição no valor da suplementação, conforme prevê o Art. 6º do Regulamento do Plano Misto.
- 5- **Para os associados que possuam Procuradores, devem ser anexadas cópias autenticadas da Procuração Pública, renovada anualmente, com poderes específicos para a CAIXA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO BANCO DA AMAZÔNIA-CAPAF. Para os associados que possuam Curadores, cópia do Instrumento de Curatela, bem como da Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência (conta de água, luz ou telefone) do Procurador ou Tutor.**
- 6- **Anexar o demonstrativo emitido pelo INSS contendo a RENDA MENSAL ATUALMENTE PAGA, que poderá ser emitido no link [www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br)**
- 7- Quaisquer esclarecimentos adicionais sobre o preenchimento, poderão ser obtidos através dos telefones (91) 4009-7902 e 4009-7905

### DADOS DOS DEPENDENTES (continuação, caso haja mais de 5 dependentes)

| NOME | PREVIDÊNCIA (PENSÃO) | IMPOSTO RENDA | INVALIDEZ | SEXO | DATA NASCIM. | PARENTESCO |
|------|----------------------|---------------|-----------|------|--------------|------------|
|      |                      |               |           |      |              |            |
|      |                      |               |           |      |              |            |
|      |                      |               |           |      |              |            |
|      |                      |               |           |      |              |            |
|      |                      |               |           |      |              |            |

-----  
(Local e data)

----- de ----- de -----

-----  
Assinatura do Aposentado(a)

-----  
Assinatura do Procurador / Curador

**OBS: É de responsabilidade do participante manter atualizados seus dados cadastrais junto à CAPAF.**

| PARA USO EXCLUSIVO DA CAPAF     |
|---------------------------------|
| Digitado em: ____ / ____ / ____ |
| Por: _____                      |

À

CAPAF - Caixa de Previdência Complementar do Banco da Amazônia.

Senhor Presidente:

Na ausência de meus dependentes previdenciários (de pensão), nomeio para receber o valor do PECÚLIO PREVIDENCIÁRIO (Pecúlio por Morte) estatuído por essa CAPAF, a(s) pessoa(s) abaixo:

|    | Beneficiários: | Data do Nascimento: | Sexo: (M/F) |
|----|----------------|---------------------|-------------|
| 1  |                |                     |             |
| 2  |                |                     |             |
| 3  |                |                     |             |
| 4  |                |                     |             |
| 5  |                |                     |             |
| 6  |                |                     |             |
| 7  |                |                     |             |
| 8  |                |                     |             |
| 9  |                |                     |             |
| 10 |                |                     |             |

Obs.: A presente nomeação substituirá as designações anteriores feitas pelo participante.

|               |                |                        |                |
|---------------|----------------|------------------------|----------------|
| Matrícula Nº: | Nome Completo: |                        |                |
|               |                |                        |                |
| C.P.F Nº:     | Identidade Nº: | Órgão Emissor:         | Fone (DDD):    |
|               |                |                        |                |
| SITUAÇÃO:     |                | PLANO:                 |                |
| ( ) Ativo     | ( ) Aposentado | ( ) Benefício Definido | ( ) Amazonvida |
| Local:        |                |                        | Data:          |
|               |                |                        |                |

Assinatura: \_\_\_\_\_