



Caixa de Previdência Complementar do Banco da Amazônia – CAPAF

RECADASTRAMENTO DE PARTICIPANTE ATIVO - 2011

DADOS PESSOAIS		Matrícula:	CPF:	
Nome completo (sem abreviaturas):		Data de Admissão:		Formação Profissional:
Sexo () M () F	Estado Civil ()	1-Solteiro 5-Divorciado	2-Casado 6-Separado Judicialmente	3-Viúvo 4-Desquitado 7-Outros
Identidade:	Órgão Emissor:	Dt. Expedição do RG	Nº PIS/PASEP:	Nº Carteira Profissional/Série
Data de Nascimento	Local de Nascimento-UF		Nacionalidade	
Endereço Residencial Completo:				
Complemento:			Perímetro	
CEP:	Cidade-UF		e-mail:	
(DDD) Telefone:	(DDD) Fax:	(DDD) Celular:	Outros	
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Caso o participante seja aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social (INSS) ou receba algum auxílio informar: Tipo de Benefício. _____ Tempo de Serviço na concessão _____ Data do Início do Benefício _____ Renda Mensal Inicial: _____ Renda Mensal Atual: _____				

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS

NOME: Obs.: observar o item 2.	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:		PARENTESCO:				INVÁLIDO:
		M	F	C	CP	F	PM	
1.	/ /							() sim () não
2.	/ /							() sim () não
3.	/ /							() sim () não
4.	/ /							() sim () não
5.	/ /							() sim () não

Códigos de Parentesco: **C** - Cônjuge **CP** – Companheiro (a) **F** – Filho (a) ou equiparado legalmente **PM** - Pai / Mãe

OBS: 1 -No Plano BD, os filhos são considerados dependentes até 21 anos. No Plano Misto, são considerados até 24 anos, desde que estejam **cursando nível superior**. E em ambos os planos, são dependentes os filhos incapacitados por invalidez.

2-O participante, optante pelo Plano Misto de Benefícios, que incluir ou excluir dependentes após a sua inscrição, de forma a aumentar os custos deste Plano, estará passível da cobrança de uma jóia calculada atuarialmente, a ser paga à vista ou parceladamente, conforme prevê o Artigo 6º do Regulamento do Plano Misto.

DADOS NO PATROCINADOR

Agência (Código - Nome):	Lotação:	DDD / Telefone / Ramal:
Número da Conta Corrente / Dígito:	Fax:	Quantid. de Dependentes p/ IRR

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas.

_____, ____/____/____	_____	_____
Local	Data	Assinatura do Participante

**OBS: AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO ASSOCIADO.
FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA.**



RECADASTRAMENTO DE PARTICIPANTE ATIVO - 2011

TEMPO DE SERVIÇO ANTERIOR AO BANCO DA AMAZÔNIA S.A.

Nome da Empresa:		Admissão	Saída	(*)
1		___/___/___	___/___/___	
2		___/___/___	___/___/___	
3		___/___/___	___/___/___	
4		___/___/___	___/___/___	
5		___/___/___	___/___/___	
6		___/___/___	___/___/___	
7		___/___/___	___/___/___	
8		___/___/___	___/___/___	
9		___/___/___	___/___/___	
10		___/___/___	___/___/___	

(*) Das Empresas anteriormente elencadas indique aquelas em que o Tempo de Vinculação ao Regime Geral de Previdência Social sujeitou-se à ATIVIDADE ESPECIAL

Responsabilizo-me pelas informações acima prestadas e declaro-me ciente de que as mesmas constituirão as bases para cálculos atuariais da CAPAF.

_____, ____/____/____
Local Data Assinatura do Participante

OBS: ANEXAR CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE;
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO PECULIO MORTE.
PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

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: _____