

PREENCHIDO PELO FUCAP:

Código do Benefício:

Nome do Participante:

***DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA***

PREENCHIDO PELO PARTICIPANTE ASSISTIDO:

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de participante assistido do FUNDO DE PENSÃO CAPEMI – FUCAP, declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao FUCAP qualquer responsabilidade, comprometo-me a manter atualizados o endereço e os dependentes. Estou ciente que a falta de cumprimento do compromisso assumido, acarretará a suspensão do pagamento mensal da complementação, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente.

Rua

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Telefone Residencial

( )

**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

Nome	Grau de parentesco	Data de Nascimento

Local e Data ,

Assinatura do Participante Assistido ou Curador

**ATENÇÃO:**

- . Mantenha sempre atualizado o seu endereço;
- . Não aceitamos assinatura de procurador, somente **CURATELA**;
- . Esta declaração deve ser entregue ao FUCAP, impreterivelmente, até o mês de **MAIO** do ano corrente;
- . Dependentes somente os mesmos reconhecidos pela Previdência Social.