



CNPJ 29.958.022/0001-40 - Insc. Municipal 01.569.473  
Rua Beneditinos, 16 - 10 andar, Centro  
Rio de Janeiro/RJ - CEP 20081-050  
TEL (21) 3553-6673 www.fucap.org.br

MATRÍCULA FUCAP

PLANO

## ALTERAÇÃO DE CADASTRO

### DADOS DO PARTICIPANTE

EMPRESA PATROCINADORA

CÓDIGO

LOTAÇÃO

CÓDIGO

DATA DE ADMISSÃO

DATA ADESÃO

Nº MATRÍCULA FUNCIONAL

SALÁRIO CONTRATUAL INICIAL

Nº DO CPF

Nº DO PIS

TIPO APOSENTADORIA

NORMAL

ESPECIAL

NOME DO PARTICIPANTE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MASCULINO

FEMININO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

**ATENÇÃO ! Relacionar no verso: Empregos anteriores, serviço militar e dependentes.**

### DECLARAÇÃO

Declaro, para o fim de ingressar no Plano de Benefícios instituído pela patrocinadora acima, por intermédio de adesão ao FUNDO DE PENSÃO CAPEMI – FUCAP, ter pleno conhecimento de todas as normas estatutárias e que regem as atividades dessa Entidade de Previdência Privada e a elas livremente manifesto a minha integral adesão.

Autorizo a Patrocinadora a descontar do meu salário, na folha de pagamento, as contribuições mensais, de acordo com o estabelecido no regulamento complementar ajustado entre Patrocinadora e o FUNDO DE PENSÃO CAPEMI – FUCAP.

Responsabilizo-me, para fins de direito, pelos dados acima declarados, necessários ao meu cadastramento neste Fundo de Previdência Privada.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

PATROCINADORA

Confirmo as informações supra relacionadas ao vínculo empregatício.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ RH

FUCAP

DIGITADO  CONFERIDO  ARQUIVAR

DATA RECEPÇÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AREA PREVIDENCIÁRIA

**ATENÇÃO !** Caso necessário, continue as informações em outro formulário

**DEPENDENTES**

NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
...../...../.....		...../...../.....
GRAU DE PARENTESCO		INVALIDO
<input type="checkbox"/> CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A)	<input type="checkbox"/> FILHO (A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
...../...../.....		...../...../.....
GRAU DE PARENTESCO		INVALIDO
<input type="checkbox"/> CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A)	<input type="checkbox"/> FILHO (A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
...../...../.....		...../...../.....
GRAU DE PARENTESCO		INVALIDO
<input type="checkbox"/> CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A)	<input type="checkbox"/> FILHO (A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
...../...../.....		...../...../.....
GRAU DE PARENTESCO		INVALIDO
<input type="checkbox"/> CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	<input type="checkbox"/> FILHO(A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
...../...../.....		...../...../.....
GRAU DE PARENTESCO		INVALIDO
<input type="checkbox"/> CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	<input type="checkbox"/> FILHO(A)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

TEMPO DE SERVIÇO MILITAR	Incorporação	baixa

EMPREGOS ANTERIORES ( Relacione todo ( s ) o ( s ) empregos anteriores, inclusive período ( s ) de trabalho como autônomo )	ADMISSÃO	SAÍDA
1º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
2º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
3º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
4º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
5º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
6º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
7º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
8º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
9º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
10º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
11º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
12º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
13º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
14º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....
15º EMPREGADOR	...../...../.....	...../...../.....