

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

CPF: _____ Matricula no Plano: _____

CAMPO 2 – INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

Para alterar dados cadastrais, você deve selecionar o tipo de informação que deseja atualizar e preencher os dados relativos à(s) seção(ões) selecionada(s).

CAMPO 3 - DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Naturalidade (cidade/UF):: _____ Nacionalidade: _____

Estado civil:

Solteiro Casado Viuvo Desquitado Separado Divorciado

Cônjuge

CPF do Cônjuge

Grau de instrução:

01 - Ensino fundamental incompleto

02 - Ensino fundamental completo

03 - Ensino médio incompleto

04 - Ensino médio completo

05 - Superior incompleto

06 - Superior completo

07 - Pós-Graduação/Especialização

08 - Mestrado

09 - Doutorado

10 - Pós-Doutorado

Documento de Identidade: _____

Tipo de Documento:

Carteira de Identidade Carteira Nacional de Habilitação Carteira de Identidade Profissional Passaporte

Orgão Expedidor: _____

Data de Emissão: _____

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

Nome da Mãe:

Nome da Pai:

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO SOLICITADA:

- Cópia de Documento de Identidade e CPF
- Certidão de Casamento, Declaração de União Estável, Averbação da Certidão de Casamento, de acordo com o estado civil declarado.
- Cópia de Documento de Identidade e CPF do Cônjuge/ Companheiro, caso haja."

CAMPO 4 - ENDEREÇOS

Endereço (Logradouro):

Nº

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

"O Endereço Alternativo será utilizado com uma forma de contato com o participante, caso este não seja encontrado pelos demais meios de comunicação. Este endereço não será utilizado pela Fundação Libertas para envio de detalhes do plano, dados financeiros ou pessoais. Sugere-se o cadastro do endereço de um familiar próximo."

Endereço Alternativo :

Nº

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Comprovante de Endereço

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

CAMPO 5 – CONTATOS

Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone Profissional:	
E-mail Pessoal:			E-mail Profissional:

CAMPO 6 – DADOS PROFISSIONAIS

Lotação (área de trabalho)	Data de Admissão:
----------------------------	-------------------

Forma de contratação: **01** - Concurso Público (estatutário) **02** - Concurso Público (celetista)
03 - Recrutamento Amplo **04** - Diretor ou Conselheiro não empregado

Cargo:	Empresa::	
Normal/Insalubre:	Data de admissão:	Data de demissão:

Órgão que concedeu o Benefício
Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial" • Regime Geral (INSS) • Regime próprio (Estado/Município/ União)

Tipo de Benefício
Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial" • Aposentadoria por tempo de contribuição/serviço • Aposentadoria por Invalidez
 • Aposentadoria Especial • Pensão por morte
 • Aposentadoria por Idade • Auxílio doença
Outro. Qual? _____

*Data de Início do Benefício na Previdência Oficial

*Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial.

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia da Carteira de Trabalho.

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

CAMPO 7 – DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: Código da Agência: Número da Conta:

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Comprovante de conta bancária (cópia do cartão, extrato bancário).

CAMPO 8 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome: Data de Nascimento:

Código do beneficiário: Mãe Pai Tio Irmão Outros

Sexo: Dependente de IR: Inválido: Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia do Documento de Identidade e CPF de cada um dos beneficiários
- Comprovante de vínculo
- Certidão de Casamento
- Certidão de Nascimento
- Declaração de União Estável
- Se Inválido: Comprovante de invalidez
- Se Dependente Econômico: Comprovante de dependência econômica (inválido, doente ou maior de 60 anos, sem recursos suficientes que coabitem por mais de 2 anos). Fornecer comprovante de Renda ou comprovação de inscrição no Regime Geral da Previdência Social.

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

CAMPO 9 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Código do beneficiário: Mãe Pai Tio Irmão Outros

Sexo: _____ Dependente de IR: _____

Inválido: Sim Não Universitário: Sim Não Dependente Econômico: Sim Não

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia do Documento de Identidade e CPF de cada um dos beneficiários

CAMPO 10 – DATA E ASSINATURA

Local: _____ Data: _____

Assinatura