

BENEFICIÁRIO(S) PARA RECEBIMENTO DO PECÚLIO

Nome do Participante (sem abreviar):			Patrocinadora COPASA	
Matrícula:	CPF:	Identidade:	Emissor	
Endereço			Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade		
Telefone Residência		Telefone Serviço e/ou Celular		
Email				

À
Fundação Libertas

Declaro para os devidos fins de direito, que a partir desta data o(s) meu(s) beneficiário(s) designado(s) para o recebimento do pecúlio por morte é (são):

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

Nome Completo	CPF Nº	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante