

RECADASTRAMENTO ANUAL

PARTICIPANTES ASSISTIDOS

Prazo para Envio: 10/02/2026

VENHO PELA PRESENTE INFORMAR-LHE PARA FINS DE RECADASTRAMENTO OS DADOS ABAIXO:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ CPF: _____

Nome do Cônjuge: _____

Filiação: _____

RG: _____ Data de Emissão: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Pessoa exposta politicamente*? ☐ sim ☐ não

* Ocupantes de cargos e funções públicas listados nas normas de PLD/FTP editados pelos órgãos reguladores e fiscalizadores.

BENEFICIÁRIOS(AS) LEGAIS

São considerados(as) Beneficiários(as) Legais o cônjuge, companheiro(a) com união estável reconhecida pela Previdência Social e filhos(as) (inclusive enteados(as) e adotados(as) legalmente). O valor do benefício a ser pago será dividido em partes iguais entre todos(as) os(as) Beneficiários(as) Legais, de acordo com o item 4.7 do Regulamento.

Nome Completo dos(as) Beneficiários(as)	Data de Nascimento	Relação de Dependência	Dependente no IR?	CPF

BENEFICIÁRIOS(AS) INDICADOS(AS)

Caso não existam Beneficiários(as) Legais, é possível indicar Beneficiários(as), definindo a proporção de recebimento do benefício a ser pago entre cada um(a) deles(as). Se não for determinada a proporção, o valor do benefício será dividido em partes iguais, de acordo com o item 4.7.4 do Regulamento.

Nome Completo dos(as) Beneficiários(as) Indicados(as)	Data de Nascimento	Relação de Dependência	Dependente no IR?	CPF	% do benefício

OBSERVAÇÕES

Não havendo Beneficiários(as) Legais ou Beneficiários(as) Indicados(as), os valores serão pagos aos herdeiros designados em inventário judicial ou por escritura pública, de acordo com o item 4.7.5 do Regulamento.

RECADASTRAMENTO ANUAL

PARTICIPANTES ASSISTIDOS

PESSOA INDICADA PARA FORNECER INFORMAÇÕES:

Nome:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a V. Sa.(s) qualquer responsabilidade no que concerne às mesmas.

Aceitaremos o envio via e-mail, sem reconhecimento de firma.

_____, ____ de _____ de 20____.

(Assinatura – realizada pelo Portal gov.br)

Nome:

CPF:



As informações constantes neste formulário serão utilizadas para processamento da sua solicitação, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, e de acordo com a nossa **Política de Privacidade** e na **Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018**. Para mais detalhes sobre como tratamos seus dados pessoais acesse nossa Política de Privacidade em www.prevpepsico.com.br.

