

Encaminhar à



SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL

Orientação deste formulário:

Informe ao menos um campo da identificação do funcionário (Nome, Matrícula ou Certificado) e o nome da organização solicitante. Utilize os demais quadros de acordo com a necessidade da alteração cadastral.

Identificação do funcionário e organização solicitante

Nome do funcionário	Matrícula	Certificado
Razão social da organização solicitante		

Alteração de endereço: Informe aqui o novo endereço do funcionário

Logradouro (Incluir prefixo: Rua, Av., Cx, etc)		Bairro	
Cidade	CEP	UF	

Alteração de dados contato: Informe os novos contatos do cliente

Telefones de contato	E-mail
----------------------	--------

Alteração de beneficiários: Informe aqui os novos beneficiários da proposta. A soma dos percentuais de distribuição deve ser igual a 100%.

Nome	Relação	Nascimento	% Apos.	% Pensão	% Pecúlio

Alteração de valor de contribuição

Valor atual R\$	Novo valor R\$
-----------------	----------------

Alteração de situação do certificado do funcionário

<input type="checkbox"/> SUSPENDER, por tempo indeterminado, a contribuição do plano corporativo
<input type="checkbox"/> ATIVAR, as contribuições do plano corporativo

_____ de _____ de 20__

Organização solicitante
(Responsável Legal)

Participante (Funcionário)