

Uso da FAPECE: Recebido em / / /	<p style="text-align: center;">Fundação Assistencial e Previdenciária da EMATERCE – FAPECE</p> <p style="text-align: center;">Ficha de Atualização de Dados Cadastrais de Participantes</p> <p style="text-align: center;">2023</p>
---	--

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Por favor, solicitamos bastante atenção no preenchimento deste formulário de atualização de cadastro para não suprimir direitos de seus beneficiários (seja para fins de pensão ou seja para fins de pecúlio).
- Preencher todos os campos com letra de forma.
- Nos campos de data informar o ano com quatro dígitos. Exemplo: "01/01/1999".
- Assinalar corretamente o campo SEXO.
- Preencher o campo ESTADO CIVIL com: SOLTEIRO, CASADO, DIVORCIADO, VIÚVO(A), UNIÃO ESTÁVEL ou DESQUITADO.
- Preencher o campo PARENTE com: ESPOSA, MARIDO, COMPANHEIRO(A), FILHO(A), FILHA(A) INVÁLIDO(A), GUARDA/TUTELA/CURATELA ou DESIGNADO.
- Preencher o campo ESCOLARIDADE com ENSINO: FUNDAMENTAL, MÉDIO ou SUPERIOR.

1 – AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS E INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE NA FORMA PREVISTA PELA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (Lei 13.709/2018)

AUTORIZO EXPRESSAMENTE A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E PREVIDENCIÁRIA DA EMATERCE – FAPECE A TRATAR MEUS DADOS PESSOAIS NA FORMA DA LEI 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018, NO ÚNICO E EXCLUSIVO PROPÓSITO DE CUMPRIR SUAS OBRIGAÇÕES REGULARES LEGAIS E/OU ESTATUTÁRIAS. SIM NÃO

2 – DADOS DO PARTICIPANTE

- a) Ativo na Patrocinadora (EMATERCE)
- b) Aposentado por: invalidez tempo de contribuição idade especial
- c) Pensionista

MATRÍCULA	NOME DO PARTICIPANTE
-----------	----------------------

NATURAL DE	EST.	PAÍS DE NASCIMENTO
------------	------	--------------------

DATA DE NASCIMENTO	SEXO	[<input type="checkbox"/>] MASCULINO	[<input type="checkbox"/>] FEMININO	ESTADO CIVIL
--------------------	------	--	---------------------------------------	--------------

IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EXPEDIDOR	EST.	DATA DE EXPEDIÇÃO	C.P.F	.	DIG
---------------	-----------------	------	-------------------	-------	---	-----

EMPRESA PATROCINADORA:	[<input type="checkbox"/>] EMATERCE [<input type="checkbox"/>] FAPECE	DATA DE INGRESSO NA PATROCINADORA
------------------------	---	-----------------------------------

NOME DA MÃE	
-------------	--

NOME DO(A) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
--------------------------------------	--

ENDEREÇO (AV. RUA, Nº)	
------------------------	--

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO (CASA OU APTO. Nº)	BAIRRO
--	--------

MUNICÍPIO	EST.	CEP
-----------	------	-----

2.1. Contatos

RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	TRABALHO ()
----------------------	------------------	-------------------

LOCAL DE TRABALHO / LOTAÇÃO ATUAL (se ativo)
--

EMAIL PESSOAL OU EMAIL CORPORATIVO

3 – CARGOS QUE OCUPA (apenas para participantes ativos na patrocinadora, se for o caso)

CARGO QUE OCUPA NA PATROCINADORA / NÍVEL	PROFISSÃO
--	-----------

4 – DADOS PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

CARGO QUE OCUPA NO PODER EXECUTIVO OU LEGISLATIVO (FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL)
--

TEM PARENTE DE 1º GRAU OCUPANDO CARGO NO PODER EXECUTIVO? SIM NÃO

NOME: _____ CARGO: _____

TEM PARENTE DE 1º GRAU OCUPANDO CARGO NO PODER LEGISLATIVO? SIM NÃO

NOME: _____ CARGO: _____

TEM PARENTE DE 1º GRAU OCUPANDO CARGO NO PODER JUDICIÁRIO? SIM NÃO

NOME: _____ CARGO: _____

5 – DADOS FATCA

VOCÊ POSSUI DOMICÍLIO FISCAL NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA)? SIM NÃO

VOCÊ NASCEU NOS EUA? SIM NÃO

VOCÊ POSSUI PROCURAÇÃO OUTORGADA POR UMA PESSOA COM ENDEREÇO NOS EUA OU A FAVOR DE UMA PESSOA COM ENDEREÇO NOS EUA? SIM NÃO

VOCÊ POSSUI IMÓVEL NOS EUA? SIM NÃO

VOCÊ POSSUI CONTA EM INSTITUIÇÃO FINANCEIRA DOS EUA? SIM NÃO

VOCÊ POSSUI PARTICIPAÇÃO SOCIETÁRIA (MAIS DE 10%) EM ALGUMA EMPRESA DOS EUA? SIM NÃO

VOCÊ POSSUI ALGUMA FONTE DE RENDA NOS EUA? SIM NÃO

6 – TEMPO DE SERVIÇO ANTES DA ADMISSÃO NA PATROCINADORA (APENAS PARA PARTICIPANTES ATIVOS)

TEMPO DE SERVIÇO MILITAR

INSTITUIÇÕES:	PERÍODO
EXÉRCITO []	
MARINHA []	
AERONÁUTICA []	

TEMPO DE SERVIÇO EM OUTROS LOCAIS (COMPROVADO)

EMPRESAS OU AUTÔNOMO	PERÍODO

7 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

São Beneficiários do Participante (De acordo com art. 13 do Regulamento da FAPECE, com amparo no art. 16 da Lei 8.213 de 24/07/1991).

1. Cônjuge ou Companheiro(a);
2. Filho(a), até 21 anos, ou inválidos (desde que a invalidez tenha ocorrido antes da maioridade);
3. Filho (a), até 24 anos, se universitário (somente para fins de imposto de renda).

NOME							
01							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							
NOME							
02							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							
NOME							
03							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							
NOME							
04							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							
NOME							
05							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							

8 – DADOS DOS DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA

NOME							
01							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							
NOME							
02							
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							

03	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							

04	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							

05	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		PARENTESCO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO							

9 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE PECÚLIO (não precisa ser parente consanguíneo)

Pessoas expressamente declaradas pelo Participante como beneficiário do Pecúlio (De acordo com os arts. 65 e 66 do Regulamento da FAPECE).

01	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO			()				

02	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO			()				

03	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO			()				

04	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO			()				

05	NOME _____						
----	------------	--	--	--	--	--	--

SEXO	DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	CPF	DIG.
[] MASCULINO [] FEMININO			()				

10 – INFORMAÇÕES RELEVANTES

Possui filho inválido ou incapaz

[] SIM [] NÃO

11 – INFORMAÇÕES RELEVANTES

10.1 Responsabilizo-me, sob as penas da lei, pela veracidade das informações acima prestadas, comprometendo-me a informar à FAPECE, doravante, qualquer alteração nos dados e na situação dos beneficiários descritos.

10.2 Estou ciente de que os dados e/ou informações prestados ou omitidos na presente Ficha de Cadastro revogam todos os dados e/ou informações prestados ou omitidos nas fichas anteriores.

OBS.: Caso haja mais informações a serem prestadas, gentileza utilizar o espaço abaixo:

Local e Data	Assinatura
_____, ____ de _____ de _____. _____	

PARA USO DA FAPECE	
Conferido por: _____ Em: ____ / ____ / ____	Digitalizado por: _____ Em: ____ / ____ / ____