

RECADASTRAMENTO ASSISTIDO APOSENTADO

DADOS DO PARTICIPANTE

1-Nome do(a) Assistido(a) *	2-Matrícula CERES *	3-Patrocinadora:
4-Nome do participante:		5-Plano: Básico Flex
6-Endereço:		7-Bairro:
8-Cidade:	9-UF:	10-Cep:
11-CPF:	12-Identidade-Nº / Órg. Exped. *	13-Data Nascimento *
14-Telefone comercial:	15-Telefone residencial:	16-Telefone celular:
17-Email 1:	18-Email 2:	
É Pessoa Politicamente Exposta? ** <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso de sim relatar a ocupação principal: _____		

DEPENDENTES

19-Nome	20-Tipo de Dependência	21-Dat. Nasc.	22-Sexo	23-IR
			F M	() S () N
			F M	() S () N
			F M	() S () N
			F M	() S () N
			F M	() S () N
			F M	() S () N

APOSENTADO: _____ <p style="text-align: center;">ASSINATURA:</p> Com a assinatura deste recadastramento, Vossa Senhoria estará cumprindo as exigências legais, da Instrução Normativa DSEG 023 para a manutenção do benefício percebido mensalmente pela Fundação CERES.	Data: _____
--	--------------------

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela CERES FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o gecor@ceres.org.br

Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres.

Assinatura