

Nº inscrição: \_\_\_\_\_

## INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

(todos os dados abaixo devem ser preenchidos)

### Dados do PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Venho, na forma prevista no Artigo 5º do Regulamento do Plano Misto de Benefícios UNISUL – UNIPREV, requer a inclusão de meu(s) beneficiário(s), em conformidade com a documentação anexada e assumindo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, conforme abaixo:

Nome e CPF	Data nascimento	Grau de parentesco	Sexo	Estado civil	Dependente IR?	Percentual %
Nome: _____						
CPF: _____	___/___/___				( )Sim ( )Não	
Nome: _____						
CPF: _____	___/___/___				( )Sim ( )Não	
Nome: _____						
CPF: _____	___/___/___				( )Sim ( )Não	
Nome: _____						
CPF: _____	___/___/___				( )Sim ( )Não	

Observação: Caso os percentuais não sejam especificados, a distribuição será feita em partes iguais entre os beneficiários cadastrados.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**Reservado a PREVUNISUL:**

Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura

1ª via PREVUNISUL / 2ª via Participante