**FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO DE DEPENDENTES - FAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome Completo: | CPF: | Matr. Portus: |

Indico abaixo, meus dependentes no Portus, sabendo que há dois **TIPOS DE DEPENDENTES**:

**Tipo 1: Beneficiário** é a pessoa inscrita no Plano para o recebimento de benefício/valor decorrente da reclusão ou falecimento de Participante. O Beneficiário terá direito à Suplementação de Pensão por Morte e ao Pecúlio por Morte, desde que lhe tenha sido concedida a Pensão por Morte pelo INSS. Podem ser inscritos como Beneficiários: **I**- os seus dependentes econômicos, como tais reconhecidos pela Previdência Social; **II**- os filhos, os enteados, os menores sob guarda, tutela ou curatela, não enquadrados no inciso I, até 21 anos – emancipados ou não – ou até 24 anos, desde que matriculados em curso de nível superior em estabelecimento oficial ou reconhecido pelo órgão governamental competente.

**Tipo 2: Designado** é a pessoa inscrita no Plano para fins exclusivos do recebimento do Pecúlio por Morte, respeitado o disposto no Regulamento do Plano. Podem ser inscritos como Beneficiários, qualquer pessoa física com quem guarde, ou não, relação de parentesco.

**CÓDIGOS DE DEPENDENTES**: **1-** Cônjuge; **2-**Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável; **3-** Filho(a) ou enteado(a); **6-** Irmão(ã), neto(a), ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial do(a) qual detenha a guarda judicial; **8-** Pais; **9-** Avós e bisavós; **10-** Menor pobre do qual detenha a guarda judicial; **11-** A pessoa absolutamente incapaz, da qual será tutor ou curador; **12-** Ex-cônjuge; **99-** Agregado/Outros.

**Ação: I**- Incluir; **E**- Excluir e **A**- Alterar.

**DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | | | | | | | | | **Ação** | | |
| **Tipo** 1 ( ) 2 ( ) | **Código de Dependentes** | **Dependente de IR?**  ( ) Sim ( ) Não | **Dependente é incapaz?**  ( ) Sim ( ) Não | | **Sexo:**  ( ) M ( ) F | **Data de Nasc.** | | | | **CPF** | |
| **Endereço** | | | | | | | **Complemento** | | | | |
| **Bairro** | | | | **Cidade** | | | | **CEP** | | | **UF** |
| **Telefone(s)**  **(**   **)**   **(**   **)** | | | **E-mail** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | | | | | | | | | **Ação** | | |
| **Tipo** 1 ( ) 2 ( ) | **Código de Dependentes** | **Dependente de IR?**  ( ) Sim ( ) Não | **Dependente é incapaz?**  ( ) Sim ( ) Não | | **Sexo:**  ( ) M ( ) F | **Data de Nasc.** | | | | **CPF** | |
| **Endereço** | | | | | | | **Complemento** | | | | |
| **Bairro** | | | | **Cidade** | | | | **CEP** | | | **UF** |
| **Telefone(s)**  **(**   **)**   **(**   **)** | | | **E-mail** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | | | | | | | | | **Ação** | | |
| **Tipo** 1 ( ) 2 ( ) | **Código de Dependentes** | **Dependente de IR?**  ( ) Sim ( ) Não | **Dependente é incapaz?**  ( ) Sim ( ) Não | | **Sexo:**  ( ) M ( ) F | **Data de Nasc.** | | | | **CPF** | |
| **Endereço** | | | | | | | **Complemento** | | | | |
| **Bairro** | | | | **Cidade** | | | | **CEP** | | | **UF** |
| **Telefone(s)**  **(**   **)**   **(**   **)** | | | **E-mail** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | | | | | | | | | **Ação** | | |
| **Tipo** 1 ( ) 2 ( ) | **Código de Dependentes** | **Dependente de IR?**  ( ) Sim ( ) Não | **Dependente é incapaz?**  ( ) Sim ( ) Não | | **Sexo:**  ( ) M ( ) F | **Data de Nasc.** | | | | **CPF** | |
| **Endereço** | | | | | | | **Complemento** | | | | |
| **Bairro** | | | | **Cidade** | | | | **CEP** | | | **UF** |
| **Telefone(s)**  **(**   **)**   **(**   **)** | | | **E-mail** | | | | | | | | |

**Solicito as alterações acima indicadas, responsabilizando-me, para fins de direito, pelas informações aqui prestadas.**

**Estou ciente de que a inclusão ou alteração de Beneficiário de Participante Assistido poderá gerar o aumento do compromisso do Plano, resultando na necessidade do pagamento do Fundo de Alteração de Beneficiário. Em caso de não-concordância com o valor apurado, a solicitação será indeferida.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura e Carimbo Portus | **Data** | **Assinatura**  COM RECONHECIMENTO DE FIRMA  Atualizado em 04/04/23 |