

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

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

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

Nome Completo						Ação
Tipo	Código de Dependentes	Dependente de IR?	Dependente é incapaz?	Sexo:	Data de Nasc.	CPF
1 ( ) 2 ( )		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) M ( ) F		
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