

1. Patrocinador:		2. Cargo (função):			3. Nº de Inscrição no Plano:	
4. Nome Completo (Sem abreviações):				5. CPF:		6. Nº de Matrícula:
7. Estado Civil:	8. RG:	9. Órgão Expedidor/UF:	10. Data de Expedição:	11. Endereço completo (logradouro, complemento):		
12. Bairro:		13. Cidade:		14. CEP:		15. UF:
16. Telefone(s) para contato:(DDD) – Celular		(DDD) – Outros		17. E-mail Pessoal:		18. E-mail Institucional:

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome Completo	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Percentual	Tipo
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Exclusão

Observação: Ao cadastrar novos integrantes, **inserir a relação completa de beneficiários**, inclusive aqueles que já estão cadastrados e os que serão excluídos. Para diferenciá-los, favor assinalar as opções da última coluna.

Conforme Art. 8º do Regulamento do Plano SCPREV MAIS:

Consideram-se Beneficiários as pessoas físicas inscritas no Plano SCPREV MAIS para fins de recebimento de benefício por morte do Participante ou Assistido.

É importante cadastrar seus dependentes para receberem o benefício de pensão em caso de falecimento.

Inexistindo beneficiários, o saldo de conta será pago em parcela única aos herdeiros legais. (§ 1º do art. 43 do Regulamento do Plano SCPREV MAIS).

**19. Pessoa politicamente exposta:**

SIM  NÃO

Se a resposta for **SIM**, o Participante deverá preencher e assinar o “Formulário Especial de Pessoa Politicamente Exposta”, que está disponível no site da SCPREV: [www.scprev.com.br](http://www.scprev.com.br)

**20. Se enquadra no FATCA:**

SIM  NÃO

Se a resposta for **SIM**, o Participante deverá preencher e assinar o “Formulário FATCA”, que está disponível no site da SCPREV: [www.scprev.com.br](http://www.scprev.com.br)

**Declaro que** as informações prestadas neste formulário de atualização cadastral são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela revisão junto à SCPREV, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que solicitado.

**Documentos necessários além do formulário original (de acordo com a alteração realizada):**

- ✓ Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF);
- ✓ Comprovante de admissão;
- ✓ Comprovante de residência;
- ✓ Comprovante da situação conjugal (quando aplicável);
- ✓ RG e CPF dos dependentes (quando aplicável).

_____, _____ de _____ de 20____. Local e Data	_____ Assinatura do Participante
--	-------------------------------------

FORM30V01

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV:

Data do protocolo na SCPREV ____/____/____	Carimbo e assinatura da SCPREV	Homologado na SCPREV por:  Em: ____/____/____	Deferido na SCPREV por:  Em: ____/____/____
---	--------------------------------	---	---

**MAIS INFORMAÇÕES**