

## Instruções de Preenchimento

### 1) Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil:

Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.

### 2) Forma de envio:

O formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail [apcdprev@apcdprev.org.br](mailto:apcdprev@apcdprev.org.br) (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para APCDPrev: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo-SP- CEP: 02011-000.

### 3) Participante menor de idade

**Menor de 16 anos:** assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Documentação necessária:** cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor. Em caso de tutela, apresentar instrumento de tutela.

### 4) Participante curatelado

**Possui discernimento para assinar:** assinado pelo Participante e/ou Representante Legal (curador).

**Não possui discernimento para assinar:** assinado somente pelo Representante Legal (curador).

**Documentação necessária:** assinado pelo Representante Legal (Procurador).

**Curador:** cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

### 5) Participante impossibilitado de assinar

**Com coleta de impressão digital (a rogo):** inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

**Sem coleta de impressão digital:** assinado pelo Representante Legal (Procurador).

**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

### 6) Procuradores

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).



**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

## Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta
---------------	-----------------------	--------------------------	----------------

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.


## Dados Cadastrais ASSINALE APENAS OS DADOS QUE DESEJAR ALTERAR.

<b>NOME</b>  Preencher em caso de correção ou alteração do nome			
Nome Completo do Participante			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</b>		 Para participantes estrangeiros, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação.	
Número	Natureza	Data de Expedição	Órgão Expedidor
<b>CPF<sup>2</sup></b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>PPE<sup>3</sup></b>
Número	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>IDADE DE ENTRADA NO BENEFÍCIO</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>RELACIONAMENTO ELETRÔNICO</b>	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

2- Para alterar o nº do CPF deverá enviar a cópia do documento que possua a referida numeração (CPF, RG, CNH, CTPS ou passaporte).

3- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE.

## Endereço de Correspondência Residencial Comercial Assinale apenas os dados que deseja alterar.

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>  Para alteração de endereço enviar somente o formulário. Não há a necessidade do envio do comprovante.			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
<b>ENDEREÇO COMERCIAL</b>			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
<b>TELEFONE RESIDENCIAL</b>	<b>TELEFONE COMERCIAL</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>
Tel ( )	Tel ( )	Cel ( )	E-mail

<b>ESTADO CIVIL</b> Encaminhar certidão de casamento atualizada ou declaração de união estável, conforme o caso.	
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Em União Estável	Nome do(a) Cônjuge

**Beneficiários** Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	% DE RATEIO <sup>4</sup>	GRAU DE AFINIDADE <sup>5</sup>	DATA DE NASCIMENTO
	%		
	%		
	%		
	%		

4- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

5- No campo de grau de afinidade indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc.) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Alteração de Dados".

## Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário e que estou de acordo com tal tratamento. Em caso de revogação deste consentimento, estou ciente de que os dados pessoais da criança/adolescente então indicada(o) como beneficiário(a) serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

## Forma de pagamento, Aumento/Redução/Suspensão do valor da Contribuição Básica mensal, Cancelamento da vinculação ao Plano e Cancelamento da Contribuição de Risco PREENCHA SOMENTE OS CAMPOS QUE DESEJA ALTERAR.

<b>ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO</b> Além de encaminhar o formulário, é necessário autorizar a cobrança junto ao Banco Itaú.				
Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente (Se Débito em Conta Corrente, informar os dados abaixo)	Data do Vencimento    Nº do Banco (Itaú) <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25                      341			
Nº da Agência	Nº da Conta Corrente	CPF do Titular da Conta	Nome do Titular da Conta	Assinatura do Titular da Conta
<b>AUMENTO/ REDUÇÃO DO VALOR DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL<sup>6</sup></b>		<b>REDUÇÃO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO</b>		
<input type="checkbox"/> Alterar o valor da Contribuição Básica para R\$ _____.		Valor da Contribuição para Benefício por Morte R\$ _____ Valor da Contribuição para Invalidez R\$ _____		
<b>SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL<sup>6</sup></b>				
Suspender a Contribuição Básica por _____ meses.		<b>Quanto à Contribuição de Risco opto por:</b> <input type="checkbox"/> Manter o pagamento na modalidade atual (boleto/débito em conta). <input type="checkbox"/> Autorizar o débito da contribuição de risco do meu saldo da conta participante.		
<b>CANCELAMENTO DA VINCULAÇÃO AO PLANO</b>		<b>CANCELAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE RISCO</b>		
<input type="checkbox"/> Cancelar a vinculação ao plano.  Esta solicitação cancela todo o plano do Participante.		<input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Morte e Invalidez		

6- Conforme Regulamento do Plano, a Contribuição Básica mensal tem caráter obrigatório e será livremente escolhida pelo Participante, podendo ser alterada a qualquer momento, mediante formalização à Entidade, observado o valor mínimo de R\$ 80,00.

## Observações

Conforme Regulamento do Plano, a suspensão poderá ser realizada pelo período de seis (6) meses. Ao término desse período, o plano será automaticamente reativado e só será possível nova suspensão após seis (6) meses de contribuição. A suspensão da Contribuição Básica não implica na suspensão da Contribuição de Risco.

O não pagamento da Contribuição de Risco, referente às coberturas de morte e invalidez implicará na suspensão ou cancelamento, nas condições especificadas pela sociedade seguradora.

O Participante licenciado poderá voltar a contribuir a qualquer momento, mediante formalização à Entidade.

Solicitações relacionadas a dados financeiros deverão ser realizadas com prazo mínimo de 30 dias de antecedência da próxima cobrança.

Solicito as alterações conforme especificado neste formulário. A APCDPrev se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados.  
É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>7</sup>	E-mail
Tel (    )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

7- Em caso de participante/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.