

NOME DO TITULAR:

CPF:

BENEFICIÁRIO(S)**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: () F ()

GRAU DE PARENTESCO:

Nº CPF:

ESTADO CIVIL:

PERCENTUAL (%):

INCLUIR: ()

EXCLUIR: ()

INVÁLIDO: SIM() NÃO()

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: () F ()

GRAU DE PARENTESCO:

Nº CPF:

ESTADO CIVIL:

PERCENTUAL (%):

INCLUIR: ()

EXCLUIR: ()

INVÁLIDO: SIM() NÃO()

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: () F ()

GRAU DE PARENTESCO:

Nº CPF:

ESTADO CIVIL:

PERCENTUAL (%):

INCLUIR: ()

EXCLUIR: ()

INVÁLIDO: SIM() NÃO()

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: () F ()

GRAU DE PARENTESCO:

Nº CPF:

ESTADO CIVIL:

PERCENTUAL (%):

INCLUIR: ()

EXCLUIR: ()

INVÁLIDO: SIM() NÃO()

Solicito a inscrição/alteração do(s) beneficiário(s) acima, nos termos do Regulamento do Plano VIVA FEDERATIVO, responsabilizando-me, para fins de direito, pelas informações ora prestadas e por sua atualização, quando necessário. Ciente que nas situações de atualização de beneficiário(s) a última atualização sobrepõe as anteriores.

Local e Data_____
Assinatura do Requerente

Importante: O requerimento será considerado válido ao ser recepcionado na Fundação Viva de Previdência, junto com Documento de identificação (RG, CNH e etc.) – cópia, CPF – cópia e Comprovante de endereço – cópia. Encaminhar à Fundação VIVA de Previdência no endereço: SMAS Trecho 3, Conj. 3, Bloco E, Salas 409 a 416 - Ed. The Union Office, Brasília – DF, CEP: 71.215-300; Enviar o formulário e cópia de RG/certidão de nascimento (menores) e CPF de cada beneficiário.