

NOME DO TITULAR :

CPF:

BENEFICIÁRIO(S)**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO: () F () M

Nº CPF:

Nº IDENTIDADE:

ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: ()

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

E-MAIL:

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO: () F () M

Nº CPF:

Nº IDENTIDADE:

ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: ()

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

E-MAIL:

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO: () F () M

Nº CPF:

Nº IDENTIDADE:

ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: ()

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

E-MAIL:

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO: () F () M

Nº CPF:

Nº IDENTIDADE:

ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: ()

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

E-MAIL:

Solicito a inscrição do(s) beneficiário(s) acima, nos termos do Estatuto e Regulamento Básico do Plano de Benefícios Previdenciários GEAPREV 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 c/ Reconhecimento de Firma ou Presencial

Importante: O requerimento será considerado válido ao ser recepcionado na Fundação Viva de Previdência com firma reconhecida em cartório.

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.