



## INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E PESSOA DESIGNADA- PLANO DE APOSENTADORIA PROGRAMADA II – PAP II

Nome: \_\_\_\_\_

Empregadora: \_\_\_\_\_

Matrícula Empresa (SAP): \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_

São beneficiários do Plano de Aposentadoria Programado II – PAP II aqueles assim reconhecidos pela Previdência Social. Por este requerimento, formalizo meu pedido de:

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS LEGAIS

**1** Nome \_\_\_\_\_

**2** Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS LEGAIS

**1** Nome \_\_\_\_\_

**2** Nome \_\_\_\_\_

Motivo exclusão: \_\_\_\_\_

Motivo exclusão: \_\_\_\_\_

OBRIGATÓRIA A IMPRESSÃO FRENTE E VERSO

**SUBSTITUIÇÃO DA PESSOA DESIGNADA (na ausência de Beneficiários, receberá meu SALTO TOTAL em caso de morte)**

**1** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

**2** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

**3** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

**4** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

**5** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

**6** Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Proporção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Local e Data

**INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E PESSOA DESIGNADA- PLANO DE APOSENTADORIA PROGRAMADA II**

Empregadora: \_\_\_\_\_  
 Matrícula Empresa (SAP): \_\_\_\_\_  
 Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF/MF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Responsável RH