

Nome Completo:	CPF:
----------------	------

DADOS PESSOAIS

Endereço/Nº/Complemento:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone Fixo (DDD):		Celular (DDD):	
Data Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	
Nº Documento (RG/RNE):	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	Politicamente Exposto (PPE):	SIM NÃO
Nome da mãe:			
Nome do pai:			
Email:			

(*) Entende-se pessoa politicamente exposta o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Entende-se como familiares os parentes na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, companheira (o), os filhos e enteados.

Dados bancários:

Banco (Nome):	Banco (Código):
Agência (nº/dígito):	Conta Corrente: Conta Poupança:

INDIÇÃO DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA (REGIME PROGRESSIVO)

Nome Completo	CPF	Sexo	Data Nascimento	Parentesco	%	Dependente de IR	
						Sim	Não
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					
		Masc Fem					

Rubrica

Declaro, expressamente, que:

- **IMPORTANTE:** Caso não seja feita a entrega do formulário até **31 de Julho de 2026**, o benefício poderá ser suspenso, conforme item XIII, Art.13.2 do Regulamento.
- Tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins relativas à indicação de Beneficiários e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito de seus efeitos.
- Tenho conhecimento e concordo sobre com os termos da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados). [Clique aqui para ler o termo de consentimento da LGPD.](#)

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DOS DADOS AQUI INFORMADOS

_____, ____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura

PROTOCOLO *(Para uso exclusivo da Prevcummins)*

Recebido pela Entidade em: ____/____/____

Prevcummins – Sociedade de Previdência Privada