

SETOR DE PECÚLIO
FORMULÁRIO Nº 04 – Solicitação de alteração de beneficiário



**Preenchimento pelo segurado*
(preenchimento obrigatório de todos os campos)

DADOS DO(A) SEGURADO

NOME COMPLETO:			
CPF:		RG:	
ENDEREÇO:			
CEP:		BAIRRO:	
CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE FIXO:	()	TELEFONE CELULAR:	()
E-MAIL:			
Nº DA PROPOSTA PECÚLIO:			

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

TIPO DE ALTERAÇÃO:	() INCLUSÃO () EXCLUSÃO		
NOME COMPLETO:			
CPF:		RG:	
TIPO DE ALTERAÇÃO:	() INCLUSÃO () EXCLUSÃO		
NOME COMPLETO:			
CPF:		RG:	

SOLICITAÇÃO

Ao
IPE Prev / Serviço de Pecúlio,
Solicito a alteração de beneficiário de minha proposta de PECÚLIO FACULTATIVO, conforme dados acima.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do segurado ou representante legal

CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – USO EXCLUSIVO IPE PREV (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Do segurado:
() Cópia simples do RG e CPF

Do beneficiário (apenas se inclusão):
() Cópia simples do RG e CPF

Se com representante legal:
() Procuração pública ou particular (original ou cópia autenticada) com firma reconhecida em cartório por autenticidade com poderes específicos para representação junto ao IPE Prev
() Cópia simples do RG e CPF do representante legal

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____

Nome do Atendente: _____

Assinatura: _____