

| DADOS DO PARTICIPANTE |          |
|-----------------------|----------|
| Nome                  |          |
| Matrícula             | Plano    |
| E-mail                | Telefone |

| DADOS DOS DEPENDENTES |  |
|-----------------------|--|
|-----------------------|--|

|          |                                     |              |  |
|----------|-------------------------------------|--------------|--|
| <b>1</b> | Nome                                |              |  |
|          | Sexo                                | Estado Civil | Data de nascimento                                     |
|          | Grau de parentesco                  |              | Dependente para o Imposto de Renda:<br>( ) Sim ( ) Não |
|          | Dependente Inválido ( ) Sim ( ) Não |              |  |

|          |                                     |              |  |
|----------|-------------------------------------|--------------|--|
| <b>2</b> | Nome                                |              |  |
|          | Sexo                                | Estado Civil | Data de nascimento                                     |
|          | Grau de parentesco                  |              | Dependente para o Imposto de Renda:<br>( ) Sim ( ) Não |
|          | Dependente Inválido ( ) Sim ( ) Não |              |  |

|          |                                     |              |  |
|----------|-------------------------------------|--------------|--|
| <b>3</b> | Nome                                |              |  |
|          | Sexo                                | Estado Civil | Data de nascimento                                     |
|          | Grau de parentesco                  |              | Dependente para o Imposto de Renda:<br>( ) Sim ( ) Não |
|          | Dependente Inválido ( ) Sim ( ) Não |              |  |

|          |                                     |              |  |
|----------|-------------------------------------|--------------|--|
| <b>4</b> | Nome                                |              |  |
|          | Sexo                                | Estado Civil | Data de nascimento                                     |
|          | Grau de parentesco                  |              | Dependente para o Imposto de Renda:<br>( ) Sim ( ) Não |
|          | Dependente Inválido ( ) Sim ( ) Não |              |  |

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Assinatura do proponente | Pela FUNCEF<br><br>(Carimbo e assinatura) |
|--------------------------|---|