

Instruções de Preenchimento

1) Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil:

Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.

2) Forma de envio:

Envie este formulário para OABPrev-NE: Rua Rodrigues de Aquino, 37 – Centro, João Pessoa / PB– CEP 58013-030

3) Participante menor de idade:

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Documentação necessária: cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor. Em caso de tutela, apresentar o instrumento de tutela.

4) Participante curatelado:

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Participante e/ou Representante Legal (curador).

Não possui discernimento para assinar: assinado somente pelo Representante Legal (curador).

Documentação necessária:

Curador: cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

5) Participante impossibilitado de assinar:

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

Sem coleta de impressão digital: assinado pelo Representante Legal (Procurador).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

6) Procuradores:

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).



Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta
---------------	-----------------------	--------------------------	----------------

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.


Dados Cadastrais ASSINALE APENAS OS DADOS QUE DESEJAR ALTERAR.



NOME  Preencher em caso de correção ou alteração do nome			
Nome Completo do Participante			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		 Para participantes estrangeiros, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação.	
Número	Natureza	Data de Expedição	Órgão Expedidor
CPF²	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PPE³
Número	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IDADE DE ENTRADA NO BENEFÍCIO	PROFISSÃO	RELACIONAMENTO ELETRÔNICO	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

2- Para alterar o nº do CPF deverá enviar a cópia do documento que possua a referida numeração (CPF, RG, CNH, CTPS ou passaporte).

3- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppel/>.

Endereço de Correspondência Residencial Comercial Assinale apenas os dados que deseja alterar.

ENDEREÇO RESIDENCIAL  Para alteração de endereço enviar somente o formulário. Não há a necessidade do envio do comprovante.			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
ENDEREÇO COMERCIAL			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL	CELULAR	E-MAIL
Tel ()	Tel ()	Cel ()	E-mail

ESTADO CIVIL  Encaminhar certidão de casamento atualizada ou declaração de união estável, conforme o caso.			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Em União Estável			Nome do(a) Cônjuge
DADOS BANCÁRIOS <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Crédito de renda  Para o Banco do Brasil, Itaú ou Santander, além de encaminhar o formulário, é necessário autorizar a cobrança junto ao banco.			
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente/DV

Beneficiários  Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	% DE RATEIO ⁴	GRAU DE AFINIDADE ⁵	DATA DE NASCIMENTO
	%		
	%		
	%		
	%		



4- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

5- No campo de grau de afinidade indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc.) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Alteração de Dados".

Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário e que estou de acordo com tal tratamento. Em caso de revogação deste consentimento, estou ciente de que os dados pessoais da criança/adolescente então indicada(o) como beneficiário(a) serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

Forma de pagamento, Aumento/Redução/Suspensão do valor da Contribuição Básica mensal, Redução da Parcela de Risco, Cancelamento da vinculação ao Plano e Cancelamento da Contribuição de Risco
 **PREENCHA SOMENTE OS CAMPOS QUE DESEJA ALTERAR.**

ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO  Além de encaminhar o formulário, é necessário autorizar a cobrança junto ao Banco do Brasil.			
Forma de Pagamento			Data do Vencimento
<input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente (Se Débito em Conta Corrente, informar os dados abaixo)			<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25
Nº da Agência	Nº da Conta Corrente	Nº do Banco (Banco do Brasil)	CPF (somente números) do Titular da Conta
		001	
Nome do Titular da Conta		Assinatura do Titular da Conta	
AUMENTO/ REDUÇÃO DO VALOR DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL⁶		REDUÇÃO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO	
<input type="checkbox"/> Alterar o valor da Contribuição Básica para R\$ _____.		Valor da Contribuição para Benefício por Morte R\$ _____ Valor da Contribuição para Invalidez R\$ _____	
SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL⁶			
Suspender a Contribuição Básica por _____ meses.		Quanto à Contribuição de Risco opto por: <input type="checkbox"/> Manter o pagamento na modalidade atual (boleto/débito em conta). <input type="checkbox"/> Autorizar o débito da contribuição de risco e taxa administrativa do meu saldo da Conta Participante.	
CANCELAMENTO DA VINCULAÇÃO AO PLANO		CANCELAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE RISCO	
<input type="checkbox"/> Cancelar a vinculação ao plano.  Esta solicitação cancela todo o plano do Participante.		<input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Morte e Invalidez	

6- Conforme Regulamento do Plano, a Contribuição Básica mensal tem caráter obrigatório e será livremente escolhida pelo Participante, podendo ser alterada a qualquer momento, mediante formalização à Entidade, observado o valor mínimo de R\$ 50,00.

Observações

Conforme Regulamento do Plano, a suspensão poderá ser realizada pelo período de seis (6) meses. Ao término desse período, o plano será automaticamente reativado e só será possível nova suspensão após seis (6) meses de contribuição. A suspensão da Contribuição Básica não implica na suspensão da Contribuição de Risco. O não pagamento da Contribuição de Risco, referente às coberturas de morte e invalidez implicará na suspensão ou cancelamento, nas condições especificadas pela sociedade seguradora. O Participante licenciado poderá voltar a contribuir a qualquer momento, mediante formalização à Entidade. Solicitações relacionadas a dados financeiros deverão ser realizadas com prazo mínimo de 30 dias de antecedência da próxima cobrança.

Solicito as alterações conforme especificado neste formulário. A OABPrev-NE se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁷	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

7- Em caso de participante menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/ financeiro.