

## REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

<b>Matricula CORSAN</b>	
-------------------------	--

<b>NOME</b>			
<b>E-MAIL</b>		<b>TELEFONE</b>	

**DEPENDENTE**

<b>Grau de Dependência</b>	3	Filho(a) até 21 anos	6	Enteado(a)
1		Filho(a) até 24 anos Universitário	7	Tutelado(a)
2		Filho(a) Invalído ou incapaz	8	Genitor(a)

Grau de Depend.	Nome	Incluir, Excluir ou Manter	Sexo M / F	Data de Nascimento ( dd / mm / aaaa )

- Deverá ser enviado juntamente com o formulário, o documento comprobatório do dependente.

**Situações para considerar o filho(a) inválido ou incapaz:**

- a incapacidade para o trabalho é total e permanente;
- a invalidez manteve-se de forma ininterrupta até o preenchimento de todos os requisitos de elegibilidade ao benefício;
- a invalidez seja anterior ou simultânea ao óbito do segurado.

**Autorizo, como responsável legal, a utilização dos dados pessoais aqui informados dos menores de idade, especificamente para fins de cumprimento de contrato.**

**Tempo de Contribuição (serviço) de Corsan e Anterior a Corsan**

<b>Nome da Empresa</b>	Admissão	
	Demissão	
<b>Nome da Empresa</b>	Admissão	
	Demissão	
<b>Nome da Empresa</b>	Admissão	
	Demissão	
<b>Nome da Empresa</b>	Admissão	
	Demissão	

**A Funcorsan informa que os dados pessoais, inclusive sensíveis, informados serão utilizados exclusivamente para finalidades de cumprimento de contrato.**

- Preencha este formulário com dados relativos ao tempo anterior ao ingresso na Patrocinadora.
  - Deverá ser enviada juntamente com o formulário, o documento comprobatório do tempo de contribuição.
- Contribuição.
- Se os quadros disponíveis não forem suficientes, faça cópias (xerox) quantas forem necessárias.

**EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE PARA (51) 3216-6000**

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do Declarante