

**Dados do Responsável legal:**

Nome:		Sexo:	
RG:	CPF:		
Endereço:			
Nº:	Complemento:	CEP:	
Bairro:	Cidade:		UF:
Telefone: ( )	Celular: ( )	WhatsApp: ( )	
E-mail ( <b>OBRIGATÓRIO</b> ):			

**Dados do Beneficiário:**

Nome:	
RG:	CPF:

**Documentação obrigatória:**

<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade (RG) e CPF;
<input type="checkbox"/> Termo de guarda, tutela ou curatela, se provisório, apresentar certidão atualizada
<input type="checkbox"/> Termo de tutela ou curatela, se definitivo, apresentar certidão de nascimento ou casamento com averbação.

**Requerimento:**

À PARANAPREVIDÊNCIA, eu, \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, venho requerer a instituição/substituição do responsável legal do beneficiário acima nominado.

**DECLARO ESTAR CIENTE QUE INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.**

Estou ciente de que a PARANAPREVIDÊNCIA irá efetuar o tratamento e compartilhamento dos meus dados pessoais para fins de atendimento ao disposto na legislação previdenciária vigente, LEI 13.709/18 – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS e de acordo com o previsto na política de privacidade de dados pessoais, publicada no portal da instituição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente  
(igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)