

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

É importante que todos os campos sejam preenchidos

NOME COMPLETO(sem abreviações)

CPF

Nº DO DOCUMENTO (RG OU CNH)

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA DE EXPEDIÇÃO

Sexo:  Feminino  Masculino

Estado Civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Separado  Viúvo  União Estável

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

NATURALIDADE (CIDADE ONDE NASCEU)

E-MAIL PESSOAL

E-MAIL CORPORATIVO

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

CEP

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

CIDADE

UF

COMPLEMENTO

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

TELEFONE CONTATO

**BENEFICIÁRIOS/DEPENDENTES**

NOME	CPF	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	GÊNERO	% PARTICIPAÇÃO

**CONTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL

IDADE PARA ENTRADA EM BENEFÍCIO

Forma de pagamento

Débito automático

Boleto Bancário

Autorização para débito automático (Preencher somente em caso de opção para débito em conta)\*\*\*:

NOME DO TITULAR

CPF DO TITULAR

NOME E NÚMERO DO BANCO

AGÊNCIA

NÚMERO CONTA CORRENTE

\*\*\* Caso o participante não seja o titular da conta, o titular aceita, na assinatura desta autorização, figurar como responsável financeiro deste plano de previdência, podendo a qualquer momento, mediante comunicação por escrito, interromper o compromisso financeiro junto ao participante e ao plano.

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA\*\*\*

**Perfil de investimento:**  Conservador  Moderado  Arrojado

\*A escolha por um dos perfis somente poderá ser alterada nos meses de junho e dezembro. A forma de aplicação, os critérios e limites de composição dos perfis são estabelecidos na política de investimento da PREVISC. As carteiras de investimento possuem perfis distintos e, portanto, estão sujeitas as oscilações do mercado. Assim responsabilizo-me pela opção de investimento assinalada acima.

**PEDIDO DE FILIAÇÃO – ASSOCIADO ESPECIAL PREVIDENCIÁRIO PESSOA FÍSICA-VINCULADO**

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado

\_\_\_\_\_, por meio do presente venho requerer minha filiação ao quadro associativo da ABRAPP na qualidade de Associado Especial Previdenciário Pessoa Física - Vinculado da ABRAPP, exclusivamente para fins de inscrição ao Plano de Benefícios Setorial PREVITÊ oferecido pela Sociedade de Previdência Complementar do Sistema Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina - PREVISC.

Ao assinar o presente, declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da ABRAPP, bem como dos direitos e deveres impostos aos seus membros.

Autorizo que os dados pessoais aqui informados sejam utilizados para fins de filiação à ABRAPP e que os mesmos serão protegidos atendendo ao disposto na Lei nº 13.709/2018.

Indico à ABRAPP a pessoa física acima qualificada para fins de ingresso ao quadro associativo, na qualidade de Associado Especial Previdenciário Pessoa Física – Vinculado.

\_\_\_\_\_  
Gabriela O. Monteiro de Albuquerque  
Diretora de Seguridade da PREVISC

Local/Data \_\_\_\_\_

**PEP - Pessoa Exposta Politicamente\*:**

Você é, possui familiar em até segundo grau ou pessoa de relacionamento próximo exposta politicamente?  Sim  Não

Eu próprio  Relacionamento próximo\*\*  Familiar até segundo grau

**DESCREVA O NOME, DATA DE INICIO\*, DATA FIM (OPCIONAL), CARGO E PARENTESCO**

\*Pessoa exposta politicamente são os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares de até segundo grau (pais, filhos, avós, netos, irmãos, esposo(a), companheiro(a), enteado(a) etc) e estreitos colaboradores (\*\*pessoas de relacionamento próximo). INSTRUÇÃO NORMATIVA PREVIC Nº34, DE 28 DE OUTUBRO DE 2020.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE

**Os dados pessoais fornecidos pelo participante no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).**

- Estou ciente de que o ingresso no Plano de Previdência Previtê é facultativo e através do presente instrumento venho requerer minha adesão como participante, de acordo com o Regulamento do mesmo.
- Estou ciente de que o Regulamento do Plano de Previdência ao qual estou aderindo, o Estatuto da PREVISC, o material explicativo e o certificado de participante serão disponibilizados por meio da área restrita no sítio eletrônico da Entidade (Área do Participante).
- Declaro que as informações prestadas anteriormente são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização periódica e por comprová-las sempre que solicitado pela Entidade.
- Desde já, autorizo a PREVISC a efetuar a cobrança da contribuição de acordo com o modo de cobrança especificado nesta ficha de inscrição.
- Afim de viabilizar a adesão ao Plano de Benefícios Previtê requiero por intermédio do presente formulário meu ingresso no quadro de associados do Instituidor e autorizo a PREVISC a disponibilizar meus dados cadastrais ao mesmo quando solicitado.
- De acordo com a Lei Nº 14.803, DE 10 DE JANEIRO DE 2024, a opção pelo regime de tributação( progressivo ou regressivo) pode ser realizada até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate.
- Em caso de ingresso de participante menor de idade, a pessoa responsável pela adesão ao plano fica ciente que a movimentação do recurso se dará somente mediante assinatura dos responsáveis legais.