

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-------------------|---------|
| EMPREGADOR | OCUPAÇÃO PRINCIPAL | MATRÍCULA Nº | DATA DE ADMISSÃO | Salário |
| NOME COMPLETO(sem abreviações) | | | | |
| CPF | Nº DO DOCUMENTO (RG OU CNH) | ÓRGÃO EXPEDIDOR | DATA DE EXPEDIÇÃO | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> 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

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) HABILITADO(S) (*)

| NOME | CPF | DATA DE NASCIMENTO | TELEFONE | E-MAIL | PARENTESCO | DEP. IR (**) |
|------|-----|--------------------|----------|--------|------------|--------------|
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |

(*) **Beneficiário (s) habilitado (s):** o cônjuge, o companheiro, na forma preceituada no Código Civil Brasileiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 18 (dezoito) anos ou inválido, desde que tal condição seja diagnosticada antes de tal idade e que o mesmo seja dependente do Participante.

(**) **dependente para fins do Imposto de Renda:** Este campo deverá ser preenchido caso o beneficiário habilitado seja dependente do participante no Imposto de Renda.

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADOS(S)(*) E O PERCENTUAL DE SALDO (****)**

| NOME | CPF | DATA DE NASCIMENTO | TELEFONE | E-MAIL | PERCENTUAL DO SALDO | DEP. IR (**) |
|------|-----|--------------------|----------|--------|---------------------|--------------|
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |
| | | | | | | () |

(***) **Beneficiário (s) designado (s):** poderá ser qualquer pessoa física indicada pelo participante e terá direito ao percentual do saldo remanescente também indicado pelo participante, na ausência dos Beneficiários Habilitados (cônjuge e filhos menores de 18 anos ou inválidos).

(****) **Percentual do saldo:** Este campo se refere ao percentual do saldo de contas a ser pago a cada Beneficiário Designado, caso ocorra o falecimento do participante e Beneficiário (s) habilitado (s). Observando o percentual máximo de 100%, que deverá ser distribuído entre todos os Beneficiários Designados escolhidos pelo participante.

CONTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Fazer a contribuição sugerida pelo Regulamento do meu Plano de Previdência (contribuição sobre o Salário).
- Fazer uma contribuição reduzida (abaixo da sugerida) no valor de R\$ _____
- Fazer contribuição adicional, além da sugerida pelo Regulamento do meu Plano de Previdência, definindo o percentual a ser aplicado sobre o meu salário de participação, não inferior a 1%. Informar o percentual: _____%

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 INÍCIO*, 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.

Declaro que:

- Estou ciente de que o ingresso no Plano de Previdência ao qual estou aderindo é facultativa 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 PREVIC, o material explicativo e o certificado de participante serão disponibilizados por meio da área restrita no sítio eletrônico da Entidade (Área do Participante).
- As informações prestadas anteriormente são verdadeiras e responsabilizando-me pela sua atualização periódica e por comprová-las sempre que solicitado pela PREVIC.
- Desde já autorizo o patrocinador a efetuar os descontos das contribuições em minha folha de pagamento, decorrente desta inscrição.
- 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.

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).

_____, de _____ de 20____.

LOCAL DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Atendimento ao participante 0800-048-8088