

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

EMPREGADOR		MATRÍCULA Nº	DATA DE ADMISSÃO
NOME		OCUPAÇÃO PRINCIPAL	
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	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	DEPENDENTE IR (**)
					( )
					( )
					( )
					( )
					( )

BENEFICIÁRIOS HABILITADOS(\*)

I - cônjuge, a companheira ou o companheiro e o filho, de qualquer condição ou idade, inclusive o enteado ou o menor tutelado;

II - os pais;

III - o irmão de qualquer condição ou idade;

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

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TELEFONE	PERCENTUAL (****)

(\*\*\*) **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.(\*\*\*) **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. Observando o percentual máximo de 100%, que deverá ser distribuído entre todos os Beneficiários Designados escolhidos pelo participante.

## CONTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

% A SEREM APLICADOS SOBRE AS PARTES DO SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO

Opção de contribuição	Salário até 2.647,45	Salário entre 2.647,45 e 5.294,90	Salário entre 5.294,90 e 15.884,70	Salário excedente a 15.884,70
1	3,00%	5,00%	12%	15,00%
2	2,70%	4,50%	10,8%	13,50%
3	2,40%	4,00%	9,6%	12,00%
4	2,10%	3,50%	8,4%	10,50%
5	1,80%	3,00%	7,2%	9,00%
6	1,50%	2,50%	6,0%	7,50%

Solicito o valor mensal da minha contribuição, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, conforme abaixo especificado:

Desejo contribuir com a opção (conforme informado na tabela acima):

Fazer uma contribuição adicional (Percentual inteiro de no mínimo 1%)\*

(\* ) A contribuição adicional ocorre apenas se for escolhida a FAIXA 1.

(\* ) Do valor da contribuição solicitada será deduzido a taxa de carregamento e a contribuição de risco.

### PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA:

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, CPF, 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 e estreitos colaboradores (\*\*pessoas de relacionamento próximo). INSTRUÇÃO NORMATIVA PREVIC Nº 34, 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 PREVISC, 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 PREVISC.
- 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 |

© 2019 Previsc - Todos os direitos reservados.

Acesse aqui o nosso [Termo de Privacidade](#)

PREVISC - Sociedade de Previdência Complementar do Sistema FIESC

Rod. Admar Gonzaga, 2765. 2º Andar - Bairro Itacorubi, Florianópolis / SC - 88034-001 - CNPJ: 80.150.857/0001-27