

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):**

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;

(**) **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

De acordo com as regras do regulamento do meu plano de Previdência, solicito o valor mensal da minha contribuição, conforme abaixo:

- Desejo contribuir com a opção(conforme tabela abaixo) _____
- Fazer uma contribuição adicional (Percentual inteiro de no mínimo 1%)* _____

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

Opção de contribuição	% A SEREM APLICADOS SOBRE AS PARTES DO SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO			
	Salário até 4.129,13	Salário entre 4.129,13 e 8.258,26	Salário entre 8.258,26 e 24.774,78	Salário excedente a 24.774,78
1	3,00%	5,00%	12,00%	15,00%
2	2,70%	4,50%	10,80%	13,50%
3	2,40%	4,00%	9,60%	12,00%
4	2,10%	3,50%	8,40%	10,50%
5	1,80%	3,00%	7,20%	9,00%
6	1,50%	2,50%	6,00%	7,50%

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.

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