

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PLANO DE BENEFÍCIOS [    ]-B**

**1) DADOS PESSOAIS DO INTERESSADO**

Nome:		Matrícula:	
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> - Solteiro <input type="checkbox"/> - Casado <input type="checkbox"/> - Viúvo <input type="checkbox"/> - Separado <input type="checkbox"/> - Divorciado <input type="checkbox"/> - Vive Maritalmente <input type="checkbox"/> - Outros			
Nacionalidade:		Natural de:	
CPF:	Documento de Identificação:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
Considera-se POLITICAMENTE EXPOSTO (De acordo com a observação da página 3 do formulário): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Nome do (a) Cônjuge ou Companheiro (a):			
Filiação: Pai:			
Mãe:			
Nome do Patrocinador:			
Admissão no Patrocinador:		Ocupação Profissional / Cargo:	
Endereço Residencial:			
Bairro:	Cidade / UF:		CEP.:
E-mail:	Telefone Celular: (    )		Telefone Residencial: (    )
Banco:	Agência:	Conta – Corrente:	
Órgão Externo (para os cedidos):			
Nome do Órgão:		Setor:	Telefone: (    ) -

**2) DADOS DOS DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS**

<b>DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS</b>					
NOME COMPLETO	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Inválido
					Sim ou Não

  

<b>PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</b> (Familiares / Representante legal / Pessoa próxima – de acordo com a observação da página 03 do formulário)	
NOME COMPLETO	VÍNCULO

3) DADOS REFERENTE A TEMPO DE SERVIÇO

<b>Tempo de Serviço ANTERIOR AO PATROCINADOR, inclusive tempo militar / autônomo (anotar nº de inscrição)</b>					
Nome da Empresa	Regime de Trabalho	Data de Admissão	Data de Demissão	Tem SB 40	É empresa eletricitária
				Sim ou Não	Sim ou Não

4) DADOS REFERENTE AO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

**Autorização de desconto:**  
 Ciente do contido no Regulamento do Plano de Benefícios [     ] –B, autorizo o PATROCINADOR a descontar prioritariamente da minha remuneração mensal, ressalvados os descontos legais, as contribuições por mim devidas em relação ao Plano acima mencionado e proceder o devido repasse à PREVINORTE, conforme os percentuais incidentes sobre as faixas do meu Salário de Participação (SP), nos termos definidos no Regulamento Complementar do plano ao qual estou me inscrevendo, de acordo com a opção inicial a seguir:

Percentual escolhido (1% a 15%) para incidir sobre a 1a faixa do meu SP que vai até 10 URP's (Unidade de Referência Previnorte):

➤ \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_ )

Percentual escolhido (5% a 15%) para incidir sobre a 2a faixa do meu SP que excede 10 URP's (Unidade de Referência Previnorte):

➤ \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_ )

Obs.: O valor da contribuição mensal será igual ao somatório dos valores correspondentes aos percentuais acima escolhidos.  
 A URP (Unidade de Referência Previnorte), é atualizada anualmente pelo mesmo índice aplicado pelo Patrocinador.

5) DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO REQUERENTE

**Atenção:**  
 O Requerente que não fizer declarações verdadeiras ou que omitir circunstâncias que possam influir no valor do Benefício de Incapacidade para o Trabalho, só terá direito ao benefício calculado tão somente com base no resultado das contribuições efetuadas pelo mesmo e pelo Patrocinador em seu nome, até a data do evento.

Questionário	Sim	Não	Explicações
1) Considera-se atualmente em boas condições de saúde?			
2) Está em plena atividade profissional?			
3) Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação?			
4) Tem deficiência de órgão, membro ou sentido?			
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (inclusive biópsia)? Anexar o(s) exame(s) anatomopatológico.			
6) Já foi submetido a tratamento de radioterapia, quimioterapia ou outro tratamento com período prolongado? Cite-os.			
7) É portador de doença adquirida, congênita ou infecto-contagiosa?			

Continuação

- Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações por mim prestadas passem a fazer parte integrante do meu processo de inscrição junto à PREVINORTE, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

**OBSERVAÇÃO**

A Instrução SPC Nº 26/2008, determina que a EFPC (Entidade Fechada de Previdência Complementar) deve manter cadastro de seus participantes, bem como das pessoas com a qual tenham vínculo, para fins de enquadramento na condição de pessoas politicamente expostas, nos últimos 5 anos, conforme relação abaixo:

- 1) os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- 2) os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União:
  - a) de ministro de Estado ou equiparado;
  - b) de natureza especial ou equivalente;
  - c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e
  - d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;
- 3) os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;
- 4) os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República e o Vice, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;
- 5) os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;
- 6) os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembléia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;
- 7) os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado; e
- 8) exerce importante função pública em país estrangeiro.

- Solicito minha inscrição e a de meus Beneficiários nos termos do Estatuto, Regulamento Básico e Regulamento Complementar do Plano de Benefícios [     ]–**B** da PREVINORTE – Fundação de Previdência Complementar, responsabilizando-me, para todos os fins de direito, pelas informações ora prestadas.
- Atesto, ainda, conhecer e ter recebido cópia do Estatuto, do Regulamento Básico e do Regulamento Complementar do Plano de Benefícios [     ]–**B** da PREVINORTE – Fundação de Previdência Complementar, bem como o Material Explicativo sobre o referido Plano.

Assinatura do participante	Local / Data

<b>PREVINORTE</b>		
<input type="checkbox"/> Conferida(s) a(s) cópia(s) do(s) comprovante(s) do Tempo de Serviço anterior ao Patrocinador; <input type="checkbox"/> Conferida(s) a(s) cópia(s) da(s) informação(es) médica(s); e <input type="checkbox"/> Outros (discriminar):		
Data _____ / _____ / _____	Visto do Representante da PREVINORTE	
<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido – Justificativa: _____	Data ____ / ____ / ____	Assinatura do Presidente da PREVINORTE: _____