

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"/> - Separação Judicial <input type="checkbox"/> - Divorciado <input type="checkbox"/> - União Estável <input type="checkbox"/> - Outros		
Nacionalidade:		Natural de:
CPF:	Documento de Identificação:	Órgão Expedidor:
Nome do Patrocinador:		Admissão no Patrocinador:
Trabalha em área de Risco na empresa: <input type="checkbox"/> - Sim Data de Início / / Data de Término / / <input type="checkbox"/> - Não trabalha em área de risco		
Filiação: Pai:		
Mãe:		
Nome do(a) Cônjuge ou Companheiro(a):		
Endereço Residencial:		
Bairro:	Cidade / UF:	CEP.:
E-mail:		
Telefone Celular: ()	Telefone Residencial: ()	

2) DADOS DOS DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS (filhos estudantes até 24 anos ou inválidos, cônjuge, companheiro(a) e aqueles que dependem economicamente do empregado, conforme consta da declaração do Imposto de Renda)

DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS					
NOME COMPLETO	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Inválido
					(S/N)

3) DADOS REFERENTE A TEMPO DE SERVIÇO

Tempo de Serviço ANTERIOR AO PATROCINADOR, inclusive tempo militar / autônomo (anotar nº de inscrição)				
Nome da Empresa	Regime de Trabalho	Data de Admissão	Data de Demissão	Área de Risco (S/N)

4) DADOS REFERENTE AO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Autorização de desconto e escolha dos percentuais:

Ciente do contido no Regulamento do Plano de Benefícios [] –B, autorizo o PATROCINADOR a descontar 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:

- _____% (_____) Escolher percentual de 1% a 15%, para incidir sobre a 1ª faixa do meu SP que vai até 10 URP´s (Unidade de Referência Previnorte); e
- _____% (_____) Escolher percentual de 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 corresponde 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

Questionário	Sim	Não	Explicações
1) Está em plena atividade profissional?			
2) Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação?			
3) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (inclusive biópsia)? Qual(is)?			
4) Já foi submetido a tratamento de radioterapia, quimioterapia ou outro tratamento por período prolongado? Cite-o(s).			
5) É portador de alguma doença congênita, infecto contagiosa ou adquirida? Quais?			

- 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.

6) INSTRUÇÃO SPC Nº 26/2008

Considera-se POLITICAMENTE EXPOSTO (De acordo com a Instrução SPC 26, constante na página 3 do formulário):

SIM

NÃO

PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS
(Familiares / Representante legal / Pessoa próxima)

NOME COMPLETO	VÍNCULO

CONTINUAÇÃO

INSTRUÇÃO SPC Nº 26/2008

A Instrução Nº 26/2008, da Secretaria de Previdência Complementar – SPC 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) os que exercem 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.

PARTICIPANTE	
Assinatura _____	Local / Data _____

OBS: O desconto referente à contribuição será retroativo à data do recebimento deste requerimento na sede da PREVINORTE.

PREVINORTE		
Data do Recebimento ____ / ____ / ____	Visto da PREVINORTE	
<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido – Justificativa: _____	Data ____ / ____ / ____	Assinatura do Presidente da PREVINORTE: _____