

1. CNPB: 2016.0015-18	2. Patrocinador/ Órgão:	3. Cargo efetivo:	4. Nº de Inscrição ao Plano:
5. Nome Completo do Servidor / Membro (Sem abreviações):			6. Nº de Matrícula:
7. Data de Nascimento:	8. CPF:	9. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	10. RG:
11. Órgão Expedidor / UF:		12. Data de expedição:	
13. Endereço completo (logradouro, complemento):			
14. Bairro:	15. Cidade:	16. CEP:	17. UF:
18. Telefone(s) para contato:			
(DDD) - Residencial	(DDD) – Comercial	(DDD) – Celular	(DDD) – Outros
19. E-mail Pessoal:		20. E-mail Institucional:	
21. Opção irrevogável e irrevogável pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda: <input type="checkbox"/> Regime de Tributação Regressivo, nos termos do art. 1º da Lei nº 11.053 de 29/12/2004, com tributação definitiva, sem ajuste anual. Alíquotas que incidem sobre o benefício ou resgate, de acordo com o tempo de permanência de cada contribuição no plano. 35% até 2 anos; 30% entre 2 e 4 anos; 25% entre 4 e 6 anos; 20% entre 6 e 8 anos; 15% entre 8 e 10 anos; e 10% a partir de 10 anos. <input type="checkbox"/> Regime de Tributação Progressivo, nos termos do art. 1º da Lei nº 11.482 de 31/5/2007, com tributação antecipada e ajuste anual. Alíquotas de 0%, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5% de acordo com o valor do benefício e 15% sobre os resgates.			
22. Declaro que: a) compreendi as diferenças entre os regimes de tributação progressivo e regressivo, fazendo a opção de livre e espontânea vontade. b) estou ciente de que essa opção é irrevogável, irrevogável e imutável, não podendo ser alterada em nenhuma hipótese. c) estou ciente de que o imposto de renda retido na fonte com base no regime de tributação regressivo é definitivo, não podendo haver compensações na declaração de ajuste anual. d) compreendi a sistemática referente aos prazos de acumulação, para efeitos da determinação da alíquota do imposto de renda aplicável aos valores dos benefícios ou resgates de valores acumulados (art. 1º da Lei nº 11.053 de 29/12/2004).			
_____ de _____ de 20_____. Local e data		_____ Assinatura Participante	

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV

Data do protocolo na SCPREV ____/____/____	Carimbo e assinatura da SCPREV	Implantado na SCPREV por: Em: ____/____/____	Deferido na SCPREV por: Em: ____/____/____
---	--------------------------------	---	---

O formulário original deverá ser enviado à SCPREV.

FORM02V04

MAIS INFORMAÇÕES