

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					Nº de Inscrição ao Plano:
1. CNPB: 2016.0015-18	2. Patrocinador:		3. Cargo efetivo:		4. Data da Posse:
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. Estado Civil:		14. Naturalidade:		15. Nacionalidade:	16. Politicamente Exposto*: <input type="checkbox"/> Sim
					17. Se enquadra no FATCA**: <input type="checkbox"/> Sim
18. Filiação: (Sem abreviações) Mãe _____ Pai _____					
19. Endereço completo (logradouro, complemento):			20. Bairro:		21. Cidade/UF:
22. CEP:	23. Telefone(s) para contato: (DDD) – Comercial _____ (DDD) – Celular _____		24. E-mail Pessoal:	25. E-mail Institucional:	
26. Você exerceu, de forma ininterrupta, cargos públicos efetivos antes de 30/09/2016? <input type="checkbox"/> Sim. Data da Posse mais antiga: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não					
*Pessoa politicamente exposta é o agente, familiar, seu representante ou outras pessoas do seu relacionamento próximo que desempenha ou tenha desempenhado nos último 5 (cinco) anos, no Brasil ou em território estrangeiro, cargo, emprego ou função pública relevante, de acordo com Art. 3º da Instrução Previc no 18, de 2014.					
** Será caracterizado como uma Pessoa dos EUA – “U.S.Person” aquela pessoa que tenha: Cidadania Norte Americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos; Residente Fiscal nos EUA, ou seja, possua Green-Card e que possa se tornar um residente permanente legal; Presença física substancial nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente; 183 dias nos últimos três anos passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos.					
27. Dados dos Dependentes: Nome Completo		CPF	Parentesco***	Data de Nascimento	Sexo
					Invalído
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
***Conforme Art. 13 do Regulamento do Plano SCPREV: 1. Cônjuge; 2. Companheiro; 3. Ex-cônjuge ou ex-companheiro que perceba pensão alimentícia; 4. Pais com dependência econômica; 5. Filho maior de idade e solteiro (Invalído permanentemente); 6. Enteado maior de idade e solteiro (Invalído permanentemente); 7. Irmão maior de idade e solteiro (Invalído permanentemente); 8. Filho menor de 21 anos e solteiro; 9. Enteado menor de 21 anos e solteiro; 10. Irmão menor de 21 anos e solteiro; 11. Tutelado menor de idade					
DADOS ESPECÍFICOS					
SOLICITO a manutenção/alteração do percentual da contribuição no Plano SCPREV: <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% ou <input type="checkbox"/> 8% (o qual incidirá sobre o meu salário de participação). O pedido de alteração poderá ser solicitado dentro do prazo de noventa dias a contar da data de inscrição no Plano SCPREV ou conforme Regulamento do Plano. <i>Observação: A Contribuição Normal não poderá ser inferior a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano), que pode ser consultado no site da SCPREV - www.scprev.com.br.</i>					
<input type="checkbox"/> AUTORIZO a incidência do percentual da Contribuição Normal sobre as parcelas remuneratórias, sempre que houver, percebidas em decorrência do local de trabalho e exercício de cargo em comissão ou de função de confiança, sem a contrapartida do Patrocinador, se for o caso.					Opcional
<input type="checkbox"/> AUTORIZO o desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional no percentual de _____, que incidirá sobre o meu salário de participação. O percentual não poderá ser inferior a 1% e o valor da contribuição não poderá ser inferior a 1 VMP.					Opcional
OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA (Declaro estar ciente que esta opção é irrevogável, nos termos da lei, não podendo ser alterada): <input type="checkbox"/> Opto pelo Regime de Tributação Regressiva, previsto no art. 1º da Lei n. 11.053 de 2004. <input type="checkbox"/> Opto pelo Regime de Tributação Progressiva, previsto no art. 1º da Lei n. 11.482 de 2007. <input type="checkbox"/> Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do mês seguinte, contado da data da entrada em exercício no cargo. Estou ciente de que a ausência de manifestação escrita, por meio do “Formulário de Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda”, ensejará meu enquadramento automático e independente de minha assinatura no Regime Progressivo.					
DECLARO que: a) Estou ciente de que o Regulamento do PLANO SCPREV, o Estatuto, o material explicativo, o meu certificado de participante e todos os demais documentos pessoais serão disponibilizados por meio da área restrita no sítio eletrônico da SCPREV (Área do Participante). b) As informações prestadas são verdadeiras e assumo única e exclusivamente a responsabilidade pelas atualizações, principalmente quanto ao endereço eletrônico informado neste Requerimento , objetivando facilitar o processo de comunicação entre SCPREV e Participante, comprometendo-me a fornecer os comprovantes das informações sempre que houver solicitação. c) Estou ciente de que são dependentes, para fins de recebimento dos benefícios do Plano SCPREV, àqueles que atendam as condições de reconhecimento junto ao RPPS/SC. d) Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos. e) Estou ciente de que os investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado e que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros. f) Estou ciente de que, minha aposentadoria Reserva Remunerada ou Reforma, está submetida ao Teto do RGPS, conforme previsto pela Lei Complementar nº 661/2015. g) Estou ciente de que o Patrocinador e o RPPS/SC disponibilizarão à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.					
28. Documentos necessários além do formulário original: <input checked="" type="checkbox"/> Formulário PAR ou Termo de Oferta original; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia do RG e CPF do participante; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia do comprovante de posse;			<input checked="" type="checkbox"/> Cópia do comprovante de residência; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia do comprovante de exoração; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia da situação conjugal; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia do RG e CPF dos dependentes.		
_____, de _____ de 20_____ Local e Data			_____ Assinatura do 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.

FORM19V07

MAIS INFORMAÇÕES