

1. CNPB: 2016.0015-18	2. Patrocinador:	3. Cargo efetivo:	4. Nº de Inscrição ao Plano:
5. Nome Completo do Servidor / Membro (Sem abreviações):		6. Nº de Matrícula:	7. Data de exoneração:
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/UF:
18. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Celular	19. E-mail Pessoal:

21. Opção - Tendo em vista a cessação do vínculo funcional com o patrocinador, solicito:

- Tornar-me PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO** (no caso de Participante Patrocinado) - A manutenção de minha inscrição na condição de **Autopatrocinado**, assumindo as **contribuições pessoais e patronais** para o Plano. Sendo assim, opto pela:
- Manutenção do percentual de Contribuição Normal.
- Alteração do percentual de Contribuição Normal, passando a ser o percentual de 6% 7% ou 8%.
- Tornar-me PARTICIPANTE UNITÁRIO** (no caso de Participante Facultativo) - A manutenção de minha inscrição na condição de **Unitário**, assumindo as **contribuições pessoais** para o Plano. Sendo assim, opto pela:
- Manutenção do percentual de Contribuição Normal.
- Alteração do percentual de Contribuição Normal, para o percentual de ____%. (O percentual não poderá ser inferior a 1% e superior a 8%.)

Em caso de Contribuição Adicional, opto pela:

- Manutenção do percentual de Contribuição Adicional Alteração para o percentual de ____% Cancelamento

Forma de Pagamento da Contribuição: Realizarei o pagamento das contribuições via boleto bancário, conforme procedimento da SCPREV.

Observação: A Contribuição Normal e a Contribuição Adicional não poderão ser inferiores a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano), que pode ser consultada no site da SCPREV (www.scprev.com.br).

- BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO** - Manutenção da minha inscrição no Plano para recebimento de benefício, quando forem cumpridas todas as condições de elegibilidade ao benefício. Estou ciente que deverei realizar a contribuição administrativa, de caráter obrigatório e mensal, correspondente ao percentual definido no plano de custeio anual, destinada à cobertura das despesas administrativas.

- RESGATE** - O cancelamento de minha inscrição e o **Resgate** dos recursos financeiros individuais alocados no Plano, conforme disposto no Regulamento, na forma de recebimento abaixo:

- Parcela única ____ parcelas mensais (no máximo em 12 parcelas)

Forma de pagamento: Crédito em conta, abaixo informada, da qual sou titular:

Banco (Nº e Nome):	Agência nº:	Nº Conta:	Tipo de Conta:
			<input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> Conta Corrente

Observação: O valor a ser resgatado estará sujeito a incidência de Imposto de Renda, conforme legislação aplicável.

- PORTABILIDADE** - O cancelamento de minha inscrição e a **Portabilidade** do saldo referente ao meu direito acumulado para outro plano de benefícios operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar plano de benefícios de caráter previdenciário.

Entidade Administradora:	Nome do Plano:		
Nº do processo na SUSEP ou CNPB na PREVIC:	CNPJ:		
Endereço:	Cidade:	UF:	CEP:
Nº de Identificação do Participante:	Tipo do plano: <input type="checkbox"/> PGBL <input type="checkbox"/> Plano Fechado – EFPC <input type="checkbox"/> Outros (*)		
Regime de tributação: <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Regressiva – Data de Opção:			Data de adesão ao plano:
Dados Bancários da Entidade Receptora			
Banco (nome e nº):	Agência nº:	Conta nº:	

(*) Não é permitida a portabilidade para VGBL, VRGP, VAGP e outros com características semelhantes. Para outros planos enviar cópia do certificado ou outro documento que contenha informações sobre suas características para análise da possibilidade de portabilidade de acordo com a legislação vigente.

(**) Os valores portados constituídos em plano de entidade fechada de previdência complementar, não poderão ser resgatados futuramente conforme artigo 21 da Resolução CGPC nº 06, de 30/10/2003.

Observação: As informações do quadro acima subsidiarão a SCPREV no preenchimento do Termo de Portabilidade que será encaminhado, no caso de portabilidade para Entidade Aberta de Previdência Complementar, para o endereço informado nos campos 12 a 16. Caso os campos 18 e 19 (e-mail) estejam preenchidos, o Termo de Portabilidade será encaminhado via e-mail. No caso de portabilidade para Entidade Fechada de Previdência Complementar, o Termo será encaminhado para esta Entidade, conforme informado no quadro acima.

____ 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:	Deferido na SCPREV por:
/ /		Em: / /	Em: / /

O formulário original deverá ser enviado à SCPREV.

FORM11V04

MAIS INFORMAÇÕES