

I - DADOS PESSOAIS					
NOME COMPLETO					EMPREGADORA/PATROCINADORA
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
FILIAÇÃO - MÃE					
FILIAÇÃO - PAI					
GRAU DE INSTRUÇÃO	RG / ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	CPF	CART.PROFISSIONAL/SÉRIE	Nº DO PIS/PASEP
OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (FUNÇÃO)	E APOSENTADO PELO INSS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL O Nº BENEF NO INSS?	TÍTULO ELEITORAL	ZONA	SEÇÃO
NOME DO CONJUGE	DATA DE NASCIMENTO			CONJUGE INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

II - ENDEREÇO			
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)			NUMERO
			COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	

III - PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA
<p>Conforme instrução SPC nº 26, de 1º de setembro de 2008, art. 2º, Inciso III, a definição de pessoa politicamente exposta é: o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.</p> <p>Entende-se como pessoa politicamente exposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; II - os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União: <ul style="list-style-type: none"> 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; III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; IV - os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, 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; V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público Junto ao Tribunal de Contas da União; VI - os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de tribunal de justiça, de assembléia legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de tribunal e de conselho de contas de estado, de municípios e do Distrito Federal; e VII - os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado. <p>Você é ou já foi, nos últimos cinco anos, pessoa politicamente exposta no país ou no exterior? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Nos últimos cinco anos algum de seus familiares na linha direta até o 1º grau, incluindo neste grupo, o cônjuge, companheiro (a), enteado (a), inclusive seus representantes (pessoa que tenha sua procuração) e pessoas de seu relacionamento próximo, é ou já foi pessoa politicamente exposta no país ou no exterior? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>

Conforme disposto na Instrução SPC nº 26, de 1º de Setembro de 2008, Art 2º, inciso II, que considera como “clientes: os participantes, beneficiários e assistidos de plano de benefícios de caráter previdenciário administrado por EFPC;”, no Art 9º “... as EFPC manterá registros que reflita todas as operações ativas ou passivas que realizar e a identificação de todas as pessoas físicas ou jurídicas com as quais estabeleça qualquer tipo de relação jurídica cujo valor seja igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) no mês-calendário, conservando-o durante o período mínimo de 5 (cinco) anos, contados retroativamente da conclusão da operação ou da extinção da relação jurídica.”, no Art 11 inciso I “... a EFPC deverá comunicar à Secretaria de Previdência Complementar, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da verificação de sua ocorrência: I- todas as operações realizadas com um mesmo cliente que, de forma isolada ou conjunta, num mesmo mês-calendário, sejam iguais ou superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais);” e no Art 5º inciso VII “informações acerca dos rendimentos base de contribuição ao plano de benefícios, no caso de clientes classificados como participantes do plano de benefícios de caráter previdenciário administrado pela EFPC.”

Declaro estar ciente, que se eu ou qualquer familiar na linha direta até o 1º grau, inclusive meus representantes (pessoa que tenha minha procuração) e pessoas de meu relacionamento próximo, venha a ocupar cargo eletivo ou político, no território nacional ou do exterior, fico inteiramente responsável pela comunicação de tais fatos junto à REDEPREV não responsabilizando a entidade por atos que dela não dependam.

Por ser verdade, assumo total responsabilidade sobre as informações aqui anotadas.

Assinatura do Proponente

IV - TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO (EMPREGOS ANTERIORES)

EMPRESA	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE DEMISSÃO	JÁ CONVERTIDO			ATIVIDADE DE RISCO	COMPROVADO
			ANO	MÊS	DIA		
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

V - DADOS DOS DEPENDENTES

(Reconhecidos pela Previdência Oficial para fins de Benefício)

1

NOME COMPLETO				GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
CPF	RG / ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR
INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FREQUENTA CURSO SUPERIOR EM ESTAB.DE ENSINO OFICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		ESTADO	CEP

2

NOME COMPLETO				GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
CPF	RG / ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR
INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FREQUENTA CURSO SUPERIOR EM ESTAB.DE ENSINO OFICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		ESTADO	CEP

3

NOME COMPLETO				GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
CPF	RG / ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR
INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FREQUENTA CURSO SUPERIOR EM ESTAB.DE ENSINO OFICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		ESTADO	CEP

4

NOME COMPLETO				GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
CPF	RG / ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR
INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FREQUENTA CURSO SUPERIOR EM ESTAB.DE ENSINO OFICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE		ESTADO	CEP

VI - DADOS DOS BENEFICIÁRIOS/PECÚLIO POR MORTE INDICADOS

(Livre indicação - Plano de Benefícios de Risco)

1 NOME COMPLETO				% DE RATEIO	GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	CPF
RG / ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		ESTADO	CEP

2 NOME COMPLETO				% DE RATEIO	GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	CPF
RG / ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		ESTADO	CEP

3 NOME COMPLETO				% DE RATEIO	GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	CPF
RG / ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		ESTADO	CEP

4 NOME COMPLETO				% DE RATEIO	GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	CPF
RG / ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		ESTADO	CEP

5 NOME COMPLETO				% DE RATEIO	GRAU DE PARENTESCO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	CPF
RG / ORGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, Travessa, etc.)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		ESTADO	CEP

VII - REQUERIMENTO E AUTORIZAÇÃO

Venho requerer minha inscrição nos Planos abaixo:

- ☐ Plano de Benefícios R (RISCO)
☐ Plano de Benefícios Celpa-OP
☐ Plano de Benefícios Cemat-OP
☐ Plano de Benefícios Elétricas-OP

Autorizo o desconto na folha salarial da Empresa Patrocinadora de ____% (_____) do meu Salário Real de Benefício à título de contribuição mensal para o Plano OP.

Declaro haver recebido, neste ato, o material explicativo, o Regulamento de cada um dos Planos de Benefícios acima indicados, bem como, um exemplar do Estatuto da REDEPREV, de cujo conteúdo declaro ter plena ciência.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente

VIII - DEFERIMENTO

DIRETOR DE BENEFÍCIOS

_____/_____/_____
DATA

PRESIDENTE

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

CONCEITO: Documento hábil para inscrição de participante no plano de benefícios previdenciários da REDEPREV, a ser preenchido pelo interessado com exatidão, quando de sua admissão. Tal proposta será preenchida com o apoio da área de recursos humanos da empresa empregadora.

QUADRO I - DADOS PESSOAIS (AUTO-EXPLICATIVO)

QUADRO II - ENDEREÇO (AUTO-EXPLICATIVO)

QUADRO III- PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Preencher conforme Instrução SPC nº 26, de 1 de setembro de 2008.

QUADRO IV - TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO (EMPREGOS ANTERIORES)

Neste quadro deve ser relacionado todo o tempo de serviço/contribuição (admissão/demissão) relativo a:

a) Tempo de Serviço ou Contribuição à Previdência Social, comprovado como:

a.1) Empregado: Indicar o nome da empresa com quem manteve Contrato de Trabalho.

Observação: Registre também a data da última entrada na Patrocinadora.

a.2) Autônomo: Indicar no campo “EMPRESA” a palavra AUTÔNOMO, com base em documento de sua atividade.

a.3) Serviço Público: Indicar no campo “EMPRESA” o nome do Órgão Público Federal, Estadual ou Municipal, comprovado através de Certidão de Tempo de Serviço/Contribuição.

a.4) Serviço Militar: Indicar no campo “EMPRESA” o nome do Órgão (Exército, Marinha ou Aeronáutica) que emitiu o Certificado de Reservista.

a.5) Empregador: Indicar o nome da Empresa.

b) Tempo de Serviço ou Contribuição à Previdência Social não comprovado

Indicar o nome da empresa/órgão e os períodos trabalhados que você não possua qualquer comprovante mas tenha certeza de facilmente comprovar para efeito de contagem para aposentadoria.

Observações:

1. Indicar o nome da empresa/órgão e o Tempo de Serviço/Contribuição (na coluna “JÁ CONVERTIDO”) quando a declaração de Tempo de Serviço/Contribuição não apresentar data de entrada e saída;
2. Assinale adequadamente na coluna “ATIVIDADE DE RISCO”, caso a sua atividade seja aceita ou não pela Previdência Social como perigosa. Caso tenha ocorrido em um único emprego, atividade comum ou especial, informe esse emprego em duas linhas, na primeira informe período comum e na segunda, repetindo o nome da empresa, informe o período especial;
3. Indicar na coluna “COMPROVADO” caso o respectivo Tempo de Serviço/Contribuição seja comprovado ou não por documentos;
4. Não incluir qualquer tempo que já tenha sido computado para fins de Aposentadoria pelos Cofres Públicos.

QUADRO V - DADOS DOS DEPENDENTES

Relacione todos os dependentes naturais e diretos, que vivam sob a sua dependência econômica e assim sejam admitidos e reconhecidos pelo INSS e pela legislação previdenciária em vigor, entendidos como tal :

- a) Cônjuge ou companheira(o) reconhecidos nos termos da legislação vigente;
- b) Filhos ou irmãos menores de 21 (vinte e um) anos de idade, de ambos os sexos;
- c) Filhos ou irmãos inválidos de qualquer idade, de ambos os sexos;
- d) Mãe; e
- e) Pai

QUADRO VI - DADOS DOS BENEFICIÁRIOS/PECÚLIO POR MORTE INDICADOS

Livre indicação de beneficiários para recebimento do pecúlio por morte, não sendo necessária a comprovação de dependência econômica, ou relação de parentesco, ou reconhecimento do INSS.

QUADRO VII - REQUERIMENTO E AUTORIZAÇÃO

Requerimento de Inscrição na REDEPREV a ser assinado pelo proponente interessado.

Fixação do percentual de contribuição para o Plano OP, incidente sobre o Salário Real de Benefício, e autorização do desconto em folha, observado o mínimo de 2% (dois por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento), em números inteiros.

QUADRO VIII - DEFERIMENTO

Campo de preenchimento exclusivo da REDEPREV.

Após a aprovação o Proponente receberá o **Certificado de Participante**, contendo as condições de admissão e manutenção da qualidade de Participante da REDEPREV, bem como os requisitos de elegibilidade e forma de cálculo dos benefícios.

TERMO DE OPÇÃO DA TRIBUTAÇÃO DO IR

Eu, _____, Matrícula nº _____, Empresa _____
e inscrito (a) no CPF/MF sob nº _____, formalizo por este Termo, minha opção pelo regime de tributação do
Imposto de Renda, assinalado abaixo, ciente de que esta opção é irrevogável e irretratável.

☐ **TABELA REGRESSIVA** - Regime de Tributação Exclusiva previsto no art.2º da Lei 11.053, de 29 de dezembro de 2004

☐ **TABELA PROGRESSIVA** - Regime de Tributação aprovada pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007, alterada pelo art. 15 da MP nº 451, de 15/12/2008

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

1ª VIA REDEPREV

TERMO DE OPÇÃO DA TRIBUTAÇÃO DO IR

Eu, _____, Matrícula nº _____, Empresa _____
e inscrito (a) no CPF/MF sob nº _____, formalizo por este Termo, minha opção pelo regime de tributação do
Imposto de Renda, assinalado abaixo, ciente de que esta opção é irrevogável e irretratável.

☐ **TABELA REGRESSIVA** - Regime de Tributação Exclusiva previsto no art.2º da Lei 11.053, de 29 de dezembro de 2004

☐ **TABELA PROGRESSIVA** - Regime de Tributação aprovada pela Lei nº 11.482, de 31/05/2007, alterada pelo art 15 da MP nº 451, de 15/12/2008

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

2ª VIA PARTICIPANTE