

1. Patrocinador:		2. Cargo efetivo:		3. Nº de Inscrição ao Plano:	
4. Nome Completo do Servidor (Sem abreviações):				5. Nº de Matrícula do Servidor:	6. 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:	16. CEP:
17. Telefone(s) para contato: (DDD) - Celular		(DDD) – Outros	18. E-mail Pessoal:		

19. 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 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 não poderá ser inferior a 1% ou 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 das Contribuições: 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 consultado 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 para tal. Estou ciente de 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)

Solicito o diferimento de ____ dias (até 90 dias) para início do pagamento da primeira parcela ou da parcela única.

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

Declaro estar ciente da possibilidade de opção/alteração do Regime de Tributação, conforme Lei nº 11.053/2004.

Observação: O valor a ser resgatado estará sujeito a incidência de Imposto de Renda, conforme legislação aplicável, e será atualizado com a cota disponível na data do pagamento do resgate.

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:		CNPJ da Entidade:	
Endereço:		Cidade:	UF: CEP:
E-mail de contato:	Telefone de contato: () _____ - _____	Nome do responsável legal:	E-mail do responsável legal:
Nome do Plano de Destino:		Nº na SUSEP ou CNPB na PREVIC:	CNPJ do Plano:
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 da opção: ____/____/____		Data de adesão ao plano:	
Dados Bancários da Entidade Destino			
Banco (nome e nº):	Agência nº:	Conta nº:	Depósito identificado nº (se houver):

(*) 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.

Observação: os valores portados constituídos em plano de entidade fechada de previdência complementar não poderão ser resgatados futuramente, conforme Regulamento do Plano.

20. Documentos necessários além do formulário original

Comprovante de exoneração

_____ de _____ de 20____ Local e Data	_____ Assinatura do Participante
-------------------------------------------------	--------------------------------------------

FORM11V06

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: ____/____/____
-----------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------