

DADOS CADASTRAIS					
1. Patrocinador (órgão em que tomou posse):	2. Cargo efetivo (função):	3. Você exerceu, de forma ininterrupta, cargos públicos efetivos antes de 30/09/2016? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data da Posse mais antiga: ____/____/____			
4. Nome Completo do Servidor (Sem abreviações):		5. Data da Posse:			
6. N.º de Matrícula do Servidor:	7. CPF:	8. Data de Nascimento:			
9. RG:	10. Órgão Expedidor/UF:	11. Data de expedição:			
12. Estado Civil:	13. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	14. Naturalidade			
15. Nacionalidade	16. CEP:	17. Endereço Completo (logradouro, complemento):			
18. Bairro:	19. Cidade/UF:	20. Filiação: (Sem abreviações) Mãe			
Pai	21. Telefone(s) para contato: (DDD) – Celular	(DDD) – Outros			
22. E-mail Pessoal:	23. E-mail Institucional:	24. Você se enquadra como Politicamente Exposto? <input type="checkbox"/> Sim			
<p>Pessoa politicamente exposta é o agente, familiar, seu representante ou outras pessoas do seu relacionamento próximo que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em território estrangeiro, cargo, emprego ou função pública relevante, de acordo com Art. 15 da Instrução Previc nº 34, de 28 de outubro de 2020 e Resolução COAF nº 40, de 22 de novembro de 2021.</p>					
<p>25. Você se enquadra no FATCA ou CRS? <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>FATCA: De acordo com a Instrução Normativa RFB n. 1.571 de 2015 e o Decreto n. 8.506 de 2015, será caracterizado como uma Pessoa dos EUA – “U.S.Person” aquela pessoa que tenha: cidadania ou residência 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; 180 dias nos últimos três anos. Possuir qualquer patrimônio mantido nos EUA ou vínculo societário com alguma instituição americana.</p> <p>CRS - Pessoas com cidadania, residência, conta ou investimentos em países além dos EUA</p>					
OPÇÕES DO PARTICIPANTE					
<p>26. SOLICITO a alteração do percentual de contribuição no Plano SCPREV (o qual incidirá sobre o meu salário de participação): <input type="checkbox"/> 6% ou <input type="checkbox"/> 7%</p> <p>Conforme § 3º do art. 3º do Decreto n. 1552/2018, será mantido o percentual de 8% caso não seja solicitada a alteração dentro do prazo de noventa dias a contar da data de inscrição no Plano SCPREV (primeiro dia da competência do primeiro desconto da contribuição para a SCPREV).</p> <p><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></p>					
<input type="checkbox"/> AUTORIZO (Opcional)	<p>27. 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.</p>				
<input type="checkbox"/> AUTORIZO (Opcional)	<p>28. Autorizo o desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional no percentual de _____, que incidirá sobre o meu salário de participação. <i>Observação: O percentual não poderá ser inferior a 1% e o valor da contribuição não poderá ser inferior a 1 VMP.</i></p>				
<p>30. Documentos necessários além do formulário:</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF); ✓ Comprovante de posse; </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de residência; ✓ Comprovante da situação conjugal (quando aplicável); ✓ RG e CPF dos dependentes (quando aplicável). </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Caso o item 3 seja “Sim”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de exoração da posse anterior; ✓ Comprovante de posse da posse anterior. </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF); ✓ Comprovante de posse; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de residência; ✓ Comprovante da situação conjugal (quando aplicável); ✓ RG e CPF dos dependentes (quando aplicável). 	<p>Caso o item 3 seja “Sim”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de exoração da posse anterior; ✓ Comprovante de posse da posse anterior.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF); ✓ Comprovante de posse; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de residência; ✓ Comprovante da situação conjugal (quando aplicável); ✓ RG e CPF dos dependentes (quando aplicável). 	<p>Caso o item 3 seja “Sim”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprovante de exoração da posse anterior; ✓ Comprovante de posse da posse anterior. 			
<p>DECLARO que:</p> <p>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).</p> <p>b) Estou ciente de que a opção pelo Regime de Tributação poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate, conforme Lei nº 11.053/2004.</p> <p>c) 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.</p> <p>d) Estou ciente de que são beneficiários, para fins de recebimento dos benefícios do Plano SCPREV, aqueles que atendam as condições de reconhecimento junto ao RPPS/SC e tenham sido indicados por mim à SCPREV.</p> <p>e) Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos.</p> <p>f) 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.</p> <p>g) Estou ciente de que minha aposentadoria está submetida ao Teto do RGPS, conforme previsto pela Lei Complementar nº 661, de 02 de dezembro de 2015.</p> <p>h) Estou ciente de que o Patrocinador e o RPPS/SC disponibilizarão à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.</p>					

FORM19V10

PARA MAIS INFORMAÇÕES

www.scprev.com.br | atendimento@scprev.com.br | (48) 3664-5313

É importante cadastrar seus dependentes para receberem o benefício de pensão em caso de falecimento. Inexistindo beneficiários, o saldo de conta será pago em parcela única aos **herdeiros legais**. (§ 8º do art. 53 do Regulamento do Plano).

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Invalído
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim

Conforme Art. 13 do Regulamento do Plano SCPREV:

1. Cônjuge; 2. Companheiro; 3. Ex-cônjuge ou ex-companheiro que perceba pensão alimentícia;
4. Pais que vivam sob a dependência econômica do participante;
5. Filho maior de idade e solteiro, inválido permanentemente e que viva sob a dependência econômica do participante;
6. Enteado maior de idade e solteiro, inválido permanentemente, que viva sob a dependência econômica do participante, que não perceba pensão alimentícia ou benefício de outro órgão previdenciário e que não possua bens e direitos aptos a lhe garantir o sustento e a educação;
7. Irmão maior de idade e solteiro, inválido permanentemente e que viva sob a dependência econômica do participante;
8. Filho menor de 21 anos e solteiro;
9. Enteado menor de 21 anos, solteiro e que não perceba pensão alimentícia ou benefício de outro órgão previdenciário e que não possua bens e direitos aptos a lhe garantir o sustento e a educação;
10. Irmão menor de 21 anos, solteiro e que viva sob a dependência econômica do participante;
11. Tutelado menor de idade, que não perceba pensão alimentícia, rendas ou benefícios de outro órgão previdenciário.

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

FORM19V10

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV:

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