

DADOS CADASTRAIS				
1. Patrocinador:			2. Cargo (função):	
3. Nome Completo (Sem abreviações):			4. Data da Admissão:	5. Nº de Matrícula:
6. CPF:	7. Data de Nascimento:	8. RG:	9. Órgão Expedidor/UF:	10. Data de Expedição:
11. Estado Civil:	12. Sexo: F M	13. Naturalidade:	14. Nacionalidade:	15. CEP:
16. Endereço Completo (logradouro, complemento):			17. Bairro:	18. Cidade/UF:
19. Filiação:(Sem abreviações) Mãe		Pai		
20. Telefone(s) para contato: (DDD) – Celular		(DDD) – Outros	21. E-mail Pessoal:	22. E-mail Institucional:
<b>23. Você se enquadra como Politicamente Exposto?</b> <input type="checkbox"/> Sim		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 o art. 1º da Resolução COAF nº 40, de 22 de novembro de 2021.		
<b>24. Você se enquadra no FATCA ou CRS?</b> <input type="checkbox"/> Sim		<b>FATCA:</b> De acordo com a Instrução Normativa RFB n. 2.219 de 2024 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; 183 dias nos últimos três anos. Possuir qualquer patrimônio mantido nos EUA ou vínculo societário com alguma instituição americana. <b>CRS:</b> Pessoas com cidadania, residência, conta ou investimentos em países além dos EUA		
OPÇÕES DO PARTICIPANTE				
<b>25. SOLICITO</b> a minha inscrição no Plano SCPREV MAIS e <b>AUTORIZO</b> o desconto das minhas contribuições em folha de pagamento ou da forma determinada pela SCPREV, conforme indicado abaixo: <b>Participante Patrocinado</b> , optando pelo percentual de Contribuição Normal de ____, incidente sobre o meu salário de participação. O percentual não poderá ser inferior a 1% ou superior a 8%. <b>Ou</b> <b>Participante Facultativo</b> optando pelo percentual de Contribuição Normal de ____, que incidirá sobre o meu salário de participação. O percentual não poderá ser inferior a 1% ou superior a 8%. <i>Observação: A Contribuição Normal não poderá ser inferior a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano), valor que pode ser consultado no site da SCPREV - <a href="http://www.scprev.com.br">www.scprev.com.br</a>.</i>				
<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO (Opcional)</b>	<b>26.</b> Autorizo a incidência da Contribuição Risco, deduzida da contribuição normal, com contrapartida do patrocinador, cujo valor ou alíquota será definido pelo plano de custeio ou pela sociedade seguradora contratada. <i>Observação: Conforme o inciso X do Art. 3º do Regulamento do Plano, a contribuição é opcional para participantes patrocinados.</i>			
<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO (Opcional)</b>	<b>27.</b> 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>			
<b>28. Documentos necessários além do formulário:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF); <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de admissão; <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência; <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante da situação conjugal (quando aplicável); <input checked="" type="checkbox"/> RG e CPF dos dependentes (quando aplicável).				
<b>DECLARO que:</b> <b>a)</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. <b>b)</b> Estou ciente de que o Regulamento do Plano SCPREV MAIS, 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>c)</b> As informações prestadas são verdadeiras e assumo única e exclusivamente a responsabilidade pelas atualizações, principalmente quanto ao endereço eletrônico informado neste formulário, objetivando facilitar o processo de comunicação entre SCPREV e Participante, comprometendo-me a fornecer os comprovantes das informações sempre que houver solicitação. <b>d)</b> Estou ciente de que são beneficiários, para fins de recebimento dos benefícios do Plano SCPREV MAIS, que tenham sido indicados por mim à SCPREV ou os herdeiros legais. <b>e)</b> Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV MAIS e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos. <b>f)</b> Estou ciente de que: a adesão ao Plano SCPREV MAIS é facultativa; os investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado; a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros. <b>g)</b> Estou ciente de que o Patrocinador disponibilizará à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.				

**PARA MAIS INFORMAÇÕES**

CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS					
Nome Completo	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Percentual
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Conforme Art. 8º do Regulamento do Plano SCPREV MAIS:  
 Consideram-se Beneficiários as pessoas físicas inscritas no Plano SCPREV MAIS para fins de recebimento de benefício por morte do Participante ou Assistido.  
 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. (§ 1º do art. 43 do Regulamento do Plano).

_____, _____ de _____ de 20____. Local e Data	_____ Assinatura do Interessado
--	------------------------------------

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV:

FORM27V02

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