

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? ☐ Não ☐ Sim Data da Posse mais antiga: ____/____/____
4. Nome Completo do Servidor (Sem abreviações):			5. Data da Posse:	6. Nº 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: ☐ F ☐ 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? ☐ 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.		
25. Você se enquadra no FATCA ou CRS? ☐ Sim		FATCA: 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; 180 dias nos últimos três anos. Possuir qualquer patrimônio mantido nos EUA ou vínculo societário com alguma instituição americana. CRS - Pessoas com cidadania, residência, conta ou investimentos em países além dos EUA		
OPÇÕES DO PARTICIPANTE				
26. SOLICITO a alteração do percentual de contribuição no Plano SCPREV (o qual incidirá sobre o meu salário de participação): ☐ 6% ou ☐ 7% 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). <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>				
☐ AUTORIZO (Opcional)	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.			
☐ AUTORIZO (Opcional)	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>			
30. Documentos necessários além do formulário:			Caso o item 3 seja “Sim”:	
☒ Documento de identificação do participante (que contenha foto, RG e CPF); ☒ Comprovante de posse;			☒ Comprovante de residência; ☒ Comprovante da situação conjugal (quando aplicável); ☒ RG e CPF dos dependentes (quando aplicável).	
DECLARO que: 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). 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. 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. 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. e) Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos. 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. 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. h) Estou ciente de que o Patrocinador e o RPPS/SC disponibilizarão à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.				

FORM19V12

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	Telefone	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Invalído
					☐ F ☐ M	☐ Sim
					☐ F ☐ M	☐ Sim
					☐ F ☐ M	☐ Sim
					☐ F ☐ M	☐ Sim
					☐ F ☐ M	☐ 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
---	--

FORM19V12

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

PARA MAIS INFORMAÇÕES