

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:
23. 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.		
24. 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; 183 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				
25. SOLICITO a minha inscrição no Plano SCPREV MAIS e AUTORIZO o desconto das minhas contribuições em folha de pagamento ou da forma determinada pela SCPREV, conforme indicado abaixo: Participante Patrocinado, 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%. Ou Participante Facultativo 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%. Observação: A Contribuição Normal não poderá ser inferior a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano), valor que pode ser consultado no site da SCPREV - www.scprev.com.br.				
☐ AUTORIZO (Opcional)	26. Autorizo o desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional no percentual de ____, que incidirá sobre o meu salário de participação. Observação: O percentual não poderá ser inferior a 1% e o valor da contribuição não poderá ser inferior a 1 VMP.			
27. Documentos necessários, além do formulário: ✓ Documento de identificação (que contenha foto, RG e CPF); ✓ Comprovante de admissão ou ficha funcional (ou equiparável fornecido pelo seu órgão).				
DECLARO que: a) 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) 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). c) 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. d) 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. e) Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV MAIS e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos. f) 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. g) Estou ciente de que o Patrocinador disponibilizará à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros. h) Estou ciente de que a Parcela de Risco será integrada automaticamente, nos termos regulamentares, podendo eu solicitar o cancelamento dessa parcela a partir do segundo mês de vigência, mediante requerimento formal à SCPREV.				

CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS						
Nome Completo	Telefone	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Percentual
					☐ F ☐ M	
					☐ F ☐ M	
					☐ F ☐ M	
					☐ F ☐ M	
					☐ F ☐ 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:

FORM27V04

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