FORMULÁRIO DE ADESÃO

Plano de Benefícios de Previdência Complementar do Estado de Santa Catarina – PLANO SCPREV

CNPB: 2016.0015-18

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		
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 Pesssoal:	**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 nº nº 1.571 de 2015 e o Decreto nº 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 minha inscrição no Plano SCPREV 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 ☐ **6%** ☐ **7%** ou ☐ **8%**, incidente sobre o meu salário de participação, estando ciente que no RPPS/SC minha aposentadoria estará submetida ao Teto do RGPS.

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)**	**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. *Observação: O percentual não poderá ser inferior a **1%** e o valor da contribuição não poderá ser inferior a 1 VMP.*

29. Documentos necessários, além do formulário:

✓Documento de identificação que contenha foto, RG e CPF;

✓Mapa de tempo de serviço ou ficha funcional (ou equiparável fornecido pelo seu órgão);

✓Documento comprobatório do salário de contribuição (contra-cheque), se solicitado.

DECLARO que:

a) Estou ciente de que, ao aderir como Participante Patrocinado no Plano SCPREV, minha aposentadoria estará submetida ao Teto do RGPS, independentemente da data de ingresso no serviço público. Esta opção, uma vez exercida, é irretratável e irrevogável, conforme prevê a Lei Complementar nº 661/2015.

b) Estou ciente de que, caso cumpra os requisitos da Lei Complementar nº 795/2022, que dá direito ao Benefício Especial pela Adesão Patrocinada, devo entrar em contato com o órgão ao qual estou vinculado.

c) 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.

d) 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).

e) 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.

f) 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.

g) Tive acesso ao Estatuto da SCPREV, Regulamento do Plano SCPREV e material explicativo, tendo conhecimento do inteiro teor de tais documentos.

h) Estou ciente de que: a adesão ao Plano SCPREV é facultativa; os investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado; a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros.

i) Estou ciente de que o Patrocinador disponibilizará à SCPREV, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.

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).

CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Inválido
				☐ 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.

30 - TERMO DE OFERTA - Parcela Adicional de Risco:

☐ DECLARO que solicitei a contratação da Parcela Adicional de Risco, que esta encontra-se pendente de aprovação com a Seguradora e que ainda poderá haver negativa ou solicitação de documentos complementares.

OU

☑ DECLARO que, nesta data, me foi ofertada a Parcela Adicional de Risco do Plano SCPREV, para os casos de invalidez e morte, e optei por NÃO contratar.

Estou ciente de que ainda não estou segurado e, dessa forma, na ocorrência do evento de invalidez ou morte, o benefício de aposentadoria ou pensão por morte do Plano SCPREV será calculado com base no saldo acumulado da Conta Individual de Benefício Não Programado (CBNP), conforme dispõe o Regulamento do Plano.

_____, _____ de _____ de _____	_____
Local e Data	Assinatura do Interessado

FORM01V16

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV

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