

PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS

Órgão de origem

CNPJ

PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE**I. Dados pessoais**

Nome

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----|--------------|
| CPF | Matrícula/RE/RF/RS | | |
| Data de nascimento (DD/MM/AAAA) | Nacionalidade | | Naturalidade |
| Identidade | Data de emissão (DD/MM/AAAA) | | UF |
| Sexo | Estado civil | | |
| Nome do pai | Nome da mãe | | |
| Cônjugue/companheiro(a) | | CPF | |

II. Endereço residencial

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone (DDD + número)

Celular (DDD + número)

Email

III. Dados funcionais

| | | | |
|-------------------------|---|-------------|----|
| Formação | Nível (<input type="checkbox"/>) Superior (<input type="checkbox"/>) Médio | | |
| Cargo | Função | | |
| Órgão | Poder | | |
| Setor | Data de ingresso (DD/MM/AAAA) | | |
| Logradouro | Número | Complemento | |
| Bairro | CEP | Cidade | UF |
| Telefone (DDD + número) | Celular (DDD + número) | | |
| Email | | | |

IV. Contribuições mensais - autorização para desconto em folha

A. () Sou Participante Militar e autorizo o desconto correspondente a
_____ % (_____ por cento) do valor da minha remuneração.

V. Opção pelo regime de tributação do Imposto de Renda

() Estou ciente de que a opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda é irretratável e deve ser feita até o momento do requerimento do benefício de aposentadoria ou pensão por morte ou do resgate dos valores acumulados no plano de previdência complementar, conforme estabelecido na Lei 14.803, de 10 de janeiro de 2024.

O participante do plano de previdência complementar pode escolher entre dois regimes de tributação diferentes: progressivo ou regressivo.

O regime progressivo, de forma geral, é indicado para quem realiza contribuições de curto prazo e tem como base a mesma tabela que determina a alíquota do Imposto de Renda sobre o salário. As alíquotas variam de zero (isento) a 27,5% sobre o valor do benefício ou do resgate recebido.

Já o regime regressivo é indicado para poupança de longo prazo. Quanto maior for o prazo de acumulação, menor será a alíquota do Imposto de Renda na hora de percepção da renda mensal. As alíquotas variam de 35 a 10% dependendo do tempo de permanência no plano.

Mais informações estão disponíveis no site da Prevcom: prevcom.com.br

VI. Declaração

Declaro que as informações prestadas nesta ficha de inscrição são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela sua atualização junto ao PREVCOM PA, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que houver solicitação.

Estou ciente de que a inscrição no Plano PREVCOM PA é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que minha inscrição no Plano PREVCOM PA terá efeitos a partir da data do protocolo desta ficha de inscrição.

Estou ciente de que o preenchimento da presente ficha de inscrição não equivale ao exercício da opção prevista no § 16 do artigo 40 da Constituição Federal.

Estou ciente de que são beneficiários do plano os dependentes do participante previstos no artigo 6º do respectivo regulamento, devendo os mesmos serem informados por meio da área restrita no site do PREVCOM PA ou do Canal de Atendimento.

Declaro que tenho ciência do inteiro teor do Estatuto da Prevcom, do Regulamento do PREVCOM PA e do material explicativo, assim como do posterior envio do Certificado do Participante quando do processamento de minha inscrição.

Declaro estar ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão normalmente expostos a riscos de mercado, e rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros.

Declaro estar ciente de que a Prevcom é pessoa jurídica de direito privado e gestora do Plano PREVCOM PA, sendo de responsabilidade do Patrocinador o repasse das contribuições contratadas.

Autorizo ao órgão de origem disponibilizar ao PREVCOM PA, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.

Estou ciente que os dados pessoais informados neste formulário serão coletados e tratados pela Prevcom para execução do plano de benefícios, cumprimento de obrigações legais e regulatórias e comunicação institucional, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Estou ciente que esses dados poderão ser compartilhados com órgãos reguladores, autoridades públicas e prestadores de serviços necessários à operação da EFPC, sempre observadas as disposições legais aplicáveis.

Estou ciente que poderei exercer os direitos previstos na LGPD, como acesso, correção e exclusão de dados pelo Formulário de **Solicitação do Titular De Dados - STD** (Consulte nossa Política de Privacidade [aqui](#)).

Local e data

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

| Código do participante | Data de deferimento (DD/MM/AAAA) | Responsável pela análise (carimbo e assinatura) |
|------------------------|----------------------------------|---|
| | | |