

FICHA DE ALTERAÇÃO DO PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO OU BASE DE CONTRIBUIÇÃO.

1. CNPB: 2015.0004-29		2. Órgão Patrocinador:			
3. Nome Completo do Servidor / Membro: (Sem abreviações)					
4. Data de Nascimento:	5. CPF:	6. Sexo:	7. Identidade:	8. Órgão Expedidor/ UF:	9. Data de expedição:
10. Estado Civil:		11. Naturalidade:		12. Nacionalidade	
13. Filiação: (Sem abreviações) Mãe			Pai		
14. Nome do Cônjuge / Companheiro (a):					
15. Endereço completo (logradouro, complemento):					
16. Bairro:		17. Cidade:		18. CEP:	19. UF:
20. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Comercial		(DDD) – Celular	
				(DDD) – Outros	
21. E-mail:			22. Cargo efetivo:		
23. DADOS DOS DEPENDENTES. Nome Completo			Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Sexo
24. Classificação, definição de alíquota de contribuição e base de remuneração.					
<input type="checkbox"/> - CONTRIBUIÇÃO NORMAL DOS PARTICIPANTES NORMAIS, PARTICIPANTES ATIVOS FACULTATIVOS E DOS AUTOPATROCINADOS - O percentual não poderá ser inferior a 3,5% (tres vírgula cinco por cento) e superior a 15% (quinze por cento). Percentual Escolhido _____, solicitado em _____. (mês de aniversário) Estou ciente que a alteração da alíquota de contribuição só poderá ser solicitada no mês de aniversário. Autorizo a incidência do desconto, sempre que houver o recebimento, sobre as seguintes parcelas remuneratórias: <input type="checkbox"/> - Em decorrência do local de trabalho. <input type="checkbox"/> - Exercício de cargo em comissão. <input type="checkbox"/> - Função de confiança e de função gratificada Autorizo a exclusão do desconto sobre as seguintes parcelas remuneratórias: <input type="checkbox"/> - Em decorrência do local de trabalho. <input type="checkbox"/> - Exercício de cargo em comissão. <input type="checkbox"/> - Função de confiança e de função gratificada Estou ciente que a solicitação só terá efeito a partir da data do protocolo na unidade competente do Patrocinador.					
<input type="checkbox"/> - CONTRIBUIÇÃO PARA BENEFÍCIOS DE RISCOS DOS PARTICIPANTES ATIVOS NORMAIS, PARTICIPANTES ATIVOS FACULTATIVOS E DOS AUTOPATROCINADOS. Percentual Escolhido _____, solicitado em _____. (mês de aniversário)					
25. Pessoa politicamente exposta – considera-se pessoa politicamente exposta o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. <input type="checkbox"/> - SIM <input type="checkbox"/> - NÃO					
Se a resposta for SIM, o participante deverá preencher e assinar o formulário “Termo Especial de Pessoa Politicamente Exposta”, que está no departamento de RH (Instrução MPS/PREVIC/DC nº 18, de 24/12/2014).					
26. Declaração: DECLARO que: a) As informações prestadas nesta ficha de inscrição são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela atualização junto à PREVCUM-MG, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que houver solicitação. b) Estou ciente de que são dependentes, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano, o cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente do casamento ou da união estável; o(a) companheiro (a) na constância da união homoafetiva; os filhos, de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos de idade, desde que não emancipados; os filhos inválidos ou incapazes civilmente, desde que comprovadamente vivam sob a dependência econômica do participante. o pai e a mãe, na ausência de beneficiários, e desde que seja comprovada a dependência econômica do Participante. <div style="text-align: center;">AUTORIZO o órgão patrocinador a disponibilizar à PREVCUM-MG, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.</div>					
Local e data			Assinatura do Servidor		
27. Dados exclusivos de preenchimento do órgão:					
Data de Protocolo			Carimbo e Assinatura do Setor de pessoal		