



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



FICHA DE INSCRIÇÃO // PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM RP
(CNPB 2013.0001-38)

PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS

Órgão de origem Universidade Estadual de Campinas	CNPJ 46.068.425/0001-33
Recebido por	Data de recebimento (DD/MM/AA)

PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE

I. Dados pessoais

Nome			
CPF	Matrícula		
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	Nacionalidade	Naturalidade	
Documento de identificação	Data de emissão (DD/MM/AAAA)	UF	
Sexo	Estado civil		
Nome do pai	Nome da mãe		
Cônjuge/companheiro(a)		CPF	

II. Endereço residencial

Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email		Outros	

III. Dados funcionais

Instrução () Superior () Médio () Fundamental	Formação		
Cargo	Função		
Unidade/órgão	Poder Executivo		
Setor	Data de ingresso (DD/MM/AAAA)		
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email		Fax	



IV. Contribuições mensais - autorização para desconto em folha

A. () Sou Participante Ativo - servidor que ganha acima do teto do INSS

e autorizo o desconto correspondente a _____ % (_____ por cento) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS.

No caso da minha remuneração sofrer redução e ficar abaixo do teto do INSS:

1) () Autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada.

Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de **Participante Ativo Facultativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido a seguir no item B.

2) () Não autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada.

Tenho ciência de que, nessa ocasião, não sofrerei o desconto devido e deverei entrar em contato com a Prevcom para a regularização de minha situação, sob o risco de ter a inscrição cancelada nos termos do inciso IV, do artigo 12 do regulamento do plano de benefícios.

B. () Sou Participante Ativo Facultativo – servidor que ganha abaixo do teto do INSS

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

No caso da minha remuneração vir a superar o valor do teto do INSS,
autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada.

Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de **Participante Ativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido no item A.

O patrocinador somente acompanha a contribuição do participante ativo até o limite de 7,5% do valor do salário de participação.
No caso de alteração do valor da remuneração e da condição de participante ativo para ativo facultativo, ou vice-versa, é de inteira responsabilidade do participante a alteração da alíquota de contribuição.

V. Opção pelo regime de tributação do Imposto de Renda

() Opto pelo Regime de Tributação Regressiva

previsto no art. 1º da Lei nº. 11.053/04, ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da Lei.¹

() Opto pelo Regime de Tributação Progressiva

ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da Lei.²

() Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do próximo mês

por meio do Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação, ciente de que a ausência de manifestação escrita, ensejará no enquadramento automático no Regime de Tributação Progressiva, independente de minha assinatura.³

1. De forma geral, é indicado para quem planeja poupar por mais tempo. 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.

2. De forma geral, é indicado para quem realiza contribuições de curto prazo. 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.

3. O Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação está disponível no site da Prevcom (www.prevcom.com.br). O documento deve ser protocolado presencialmente na sede da fundação ou encaminhado via Correios, com aviso de recebimento (AR).

VI. Declaração

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

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

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

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

Estou ciente de que a opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda é irrevogável, não podendo ser alterada no futuro.

Declaro que tenho ciência do inteiro teor do Estatuto da Prevcom, do Regulamento do PREVCOM-RP 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 que a obrigação do patrocinador limita-se ao repasse das contribuições contratadas.

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

Estou ciente de que meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela Prevcom para administração do plano de benefícios, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 e com a Política de Privacidade da fundação, disponível no site prevcom.com.br/politicas e no aplicativo da entidade.

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)