ANAPAR PREV

PEDIDO DE INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE PLANO ANAPARprev

DADOS PESSOAIS

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

Nome completo (sem abreviações):

Data de nascimento: | **CPF:**

Identidade: | **Órgão Expedidor:** | **Data da Emissão:**

Estado de Expedição: | **Naturalidade:** | **Nacionalidade:**

Filiação: | **Estado Civil:**

Nome do Cônjuge:

Representante Legal:

CPF do Representante Legal (em caso de participante menor de idade):

Sexo: ☐ **Feminino** ☐ **Masculino**

ENDEREÇO ( ) RESIDENCIAL ( ) COMERCIAL

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.):			
Número:		**Complemento:**	
Bairro:		**Cidade:**	**UF:**
País:	**CEP:**	**DDD/Telefone 1:**	**DDD/Telefone 2:**

SEU E-MAIL É UM DADO OBRIGATÓRIO.

A AUSÊNCIA DESSE DADO IMPLICARÁ NO INDEFERIMENTO DO SEU PEDIDO.

E-Mail 1:	**E-Mail 2:**
Instituidor:	**Número da matrícula no Instituidor:**
Data da filiação ao Instituidor:	

PARA USO EXCLUSIVO DA VIVA

Código do Instituidor	**C.N.P.B** **20.080.008-18**	**Matrícula Viva**

Reingresso no Plano **Sim** ☐ **Não** ☐

DADOS PROFISSIONAIS

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

Ocupação Profissional:	**Renda Mensal:**
Tempo de Vinculação Previdenciária: _____anos _____meses	**Já recebe benefício do INSS? Sim ( ) Não ( )**
Tipo de Benefício:	**Politicamente Exposto***

*Pessoa politicamente exposta aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

IMPORTANTE!! A ESTE PEDIDO DEVERÃO SER ANEXADOS OBRIGATORIAMENTE OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DO REQUERENTE E DE SEUS BENEFICIÁRIOS E DESIGNADOS, CONFORME RELAÇÃO ABAIXO:

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - PEDIDO DE INSCRIÇÃO ANAPARprev

CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS DO PARTICIPANTE	**Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF**
	CPF, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.
CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS PARA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE	**Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF.**
	Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.
	Declaração médica que informe a invalidez.

BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE RENDA DE PENSÃO POR MORTE

SÃO BENEFICIÁRIOS DO PARTICIPANTE OS DEPENDENTES DEFINIDOS NAS CLASSES A SEGUIR:

1ª Classe: o cônjuge, a companheira ou o companheiro, o ex-cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato, a ex-companheira e o ex-companheiro, que recebam pensão alimentícia e o filho não emancipado, menor de 21 anos ou inválido, inclusive o enteado ou o menor tutelado;

2ª Classe: os pais;

3ª Classe: o irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido.

A existência de dependente em uma das classes precedentes exclui o direito dos dependentes das classes seguintes. Na falta de beneficiário
s, o saldo existente na Conta de Benefício Concedido será pago aos herdeiros e/ou legatários do Participante, mediante apresentação de alvará judicial.

ORDEM	BENEFICIÁRIOS					RATEIO (%)
1	Nome Completo (sem abreviações)		CPF			
	Data de Nascimento	Invalidez sim ( ) não ( )	Gênero M ( ) F ( )	Estado Civil	Grau de Parentesco	
2	Nome Completo (sem abreviações)		CPF			
	Data de Nascimento	Invalidez sim ( ) não ( )	Gênero M ( ) F ( )	Estado Civil	Grau de Parentesco	
3	Nome Completo (sem abreviações)		CPF			
	Data de Nascimento	Invalidez sim ( ) não ( )	Gênero M ( ) F ( )	Estado Civil	Grau de Parentesco	
4	Nome Completo (sem abreviações)		CPF			
	Data de Nascimento	Invalidez sim ( ) não ( )	Gênero M ( ) F ( )	Estado Civil	Grau de Parentesco	
5	Nome Completo (sem abreviações)		CPF			
	Data de Nascimento	Invalidez sim ( ) não ( )	Gênero M ( ) F ( )	Estado Civil	Grau de Parentesco	
						100%

_____ _____

Local e data

Assinatura do Requerente

CONTRIBUIÇÃO MENSAL – BOLETO BANCÁRIO

Contribuição Ordinária (obrigatória): Valor escolhido pelo Participante, observado o mínimo correspondente a 20% (vinte

por cento) do Valor Mínimo de Referência do Plano.

Desejo recolher, mensalmente, a título de Contribuição Ordinária, o valor correspondente a:

R$ _____

(_____)

Dia do vencimento ( ) 5 ( ) 20

CONTRIBUIÇÃO MENSAL – DÉBITO EM CONTA

Nome do correntista (Em caso de débito em conta corrente)		Dia do vencimento ( ) 5 ( ) 20	( ) Débito em conta corrente Banco do Brasil
CPF do Responsável financeiro	Banco	Agência	Conta corrente

OPÇÃO PARA REGIME DE TRIBUTAÇÃO

REGIME PROGRESSIVO: no regime progressivo, a alíquota do imposto de renda varia de 0% a 27,5%, crescendo de acordo com o valor do benefício. No caso de resgate, incidirá a alíquota de 15% como forma de antecipação, sendo o imposto recalibrado posteriormente, na declaração de ajuste anual. Lei 11.482, de 31/05/2007 e 11.053, de 29/12/2004.

REGIME REGRESSIVO: adota alíquotas decrescentes, aplicáveis de acordo com o prazo de acumulação, entendendo-se como prazo de acumulação o período decorrido entre o aporte do recurso (contribuição) e o pagamento do benefício ou resgate. As alíquotas variam de 35% a 10%. No caso de recebimento de resgate ou de benefício mensal, haverá incidência de imposto de renda, de caráter definitivo, ou seja, não poderá ser compensado na declaração de ajuste anual de pessoa física, de acordo com as alíquotas regressivas, conforme prevê o artigo 1º da Lei 11.053, de 29.12.2004.

Exerço neste ato em caráter irrevogável e irretratável, na forma da legislação vigente. Estou ciente de que, na ausência de opção pelo Regime de Tributação, até o último dia útil do mês subsequente ao da assinatura deste Pedido de Inscrição, será considerada opção pelo Regime Tributário Progressivo.

( ) REGIME PROGRESSIVO ( ) REGIME REGRESSIVO

O signatário requer sua inscrição como Participante do Plano ANAPARprev, declarando conhecer e aceitar as condições do Regulamento do Plano ANAPARprev. Declara estarem corretas as informações constantes deste Pedido de Inscrição, pelas quais se responsabiliza e que a falta dos documentos comprobatórios do requerente e de seus beneficiários devidamente anexados a este formulário, impedirá a realização de sua inscrição no Plano ANAPARprev.

_____ _____

Local e data | Assinatura do Requerente