

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 <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> 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

() 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 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.

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 da 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 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)