

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome			Matrícula
Data de nascimento	CPF	RG	Órgão Expedidor
Data de Inscrição no plano	Sexo	Estado civil	Patrocinador
Logradouro			Número
Complemento	Cidade	Estado	CEP
E-mail		Telefone fixo	Telefone celular
Plano () Novo Plano () REB () REG/REPLAN			

DADOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA AUTOPATROCÍNIO E BPD

Ocupação profissional	Entidade	Data de admissão
Nome do cônjuge		Remuneração (R\$)

POR OCASIÃO DA CESSAÇÃO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU FUNCIONAL COM O PATROCINADOR, O PARTICIPANTE ACIMA IDENTIFICADO DECLARA PLENO CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIO E OPTA PELO INSTITUTO ABAIXO ASSINALADO:

() **Benefício Proporcional Diferido (BPD)** – Manutenção do vínculo associativo ao plano de benefícios administrado pela FUNCEF até que atingidos os requisitos para obtenção de benefício de prestação continuada. As condições para opção deste instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador, carência de três anos de vinculação ao plano e não ser elegível a benefício de prestação continuada. Essa opção interrompe o recolhimento de contribuições ao plano, exceto contribuições voluntárias ou eventuais. Neste instituto o participante efetuará o pagamento da despesa administrativa.

A opção pelo instituto do BPD não impede posterior manifestação pelo Resgate ou Portabilidade.

O participante vinculado ao NOVO PLANO, poderá optar pelo pagamento de contribuição necessária para recebimento do valor da aposentadoria por invalidez calculada com base no salário real de benefício, conforme artigo 48 do regulamento.

() **Portabilidade** – Transferência do direito acumulado pelo participante de acordo com o plano de benefícios ao qual esteja vinculado na FUNCEF para outro plano de benefício de caráter previdenciário operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar plano de benefício de previdência. As condições exigidas para este instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador, carência de três anos de vinculação ao plano e não ser elegível a benefício de prestação continuada. A opção pela Portabilidade encerra o vínculo associativo com a FUNCEF, implicando a extinção de todos os direitos previstos no plano.

() **Resgate das Contribuições** – Recebimento do valor previsto no regulamento. As condições exigidas para este instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador e não estar em gozo de benefício de prestação continuada. Sobre os valores resgatados incidirá imposto de renda e será compensado o saldo devedor de empréstimo(s) adquirido(s) na FUNCEF, caso exista(m). Caso o valor de Resgate seja insuficiente para a quitação do(s) débito(s) de empréstimo(s) será realizada a amortização e o saldo remanescente será cobrado conforme previsto no contrato de empréstimo. Para os participantes do REB e do NOVO PLANO, que não optaram pelo regime regressivo, será descontada a alíquota de 15% a título de imposto de renda e o ajuste será realizado na declaração anual. A efetivação do Resgate cancela o vínculo associativo no plano.

() **Autopatrocínio** – Manutenção pelo participante do vínculo ao plano de benefícios, responsabilizando-se por suas contribuições e as do patrocinador.

Observações:

- As informações dos valores referentes ao Autopatrocínio lhe serão enviadas para o e-mail informado neste formulário.
- Encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª via.
- Para efetivação do autopatrocínio é obrigatório o envio da **Declaração de Ocupação Pública Relevante**.

1) Para a situação em que ocorrer o Benefício Proporcional Diferido – BPD

O pagamento das despesas administrativas ocorrerá de acordo com o estabelecido no regulamento do plano de benefícios.

Opção exclusiva para participante do NOVO PLANO

() Manifesto meu interesse em contribuir para o custeio do benefício por invalidez, que corresponde ao percentual de 0,28 sobre o último salário de participação. Autorizo o débito na conta de nº _____, mantida junto à CAIXA, agência _____, operação _____, que ocorrerá todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente. O débito em conta está condicionado ao consentimento dos valores decorrentes dessa opção, que serão informados pela FUNCEF no e-mail indicado.

2) Para a situação em que ocorrer o Resgate

- () Em parcela única
() Em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas)

Obs.: A escolha pelo parcelamento não implica em isenção do IRRF, que será descontado na fonte sobre todas as parcelas e o ajuste feito na declaração anual.

Autorizo que o valor apurado a título de resgate seja depositado na conta de minha titularidade nº _____, agência _____, operação _____ do banco _____.

Obs.: Caso a conta informada não seja da CAIXA, solicitamos anexar cópia do comprovante de titularidade em nome do participante / ex-participante.

3) Para a situação em que ocorrer o Autopatrocínio

() Autorizo que as contribuições como autopatrocinado (parte participante mais a parte patrocinador), sejam debitadas todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente, na conta de n.º _____, mantida junto à CAIXA, agência _____, operação _____, após o consentimento dos valores decorrentes dessa opção. Opto pelo percentual de _____ % (_____) de contribuição.

4) Para a situação em que ocorrer a Portabilidade

Dados do Plano de Origem:

Nome do plano: _____ CNPB: _____
Regime de tributação: _____ Valor a ser portado: R\$ _____
Valor por extenso: (_____).

Dados da Entidade e do Plano de Receptor:

Entidade receptora: _____ CNPJ: _____ Tipo: () Aberta () Fechada
Endereço/Logradouro: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone: () _____ Regime de tributação: _____
Nome do plano: _____ Modalidade: _____
CNPB ou SUSEP: _____ Data de adesão ao plano: _____
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

O Termo de Portabilidade será emitido somente mediante ao preenchimento de todas as informações do item 4.

A entidade cessionária, por meio de seu representante legal identificado abaixo, declara concordância em receber os recursos dessa portabilidade.	
_____ Nome do Representante Legal da Entidade	
_____ Assinatura do Representante Legal da Entidade (Necessário reconhecimento de firma)	_____ Data

Assinatura do participante

Local e data

Em observância à Instrução SPC nº 26/2008, de 1º/9/2008.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome completo	Matrícula	CPF
---------------	-----------	-----

OCUPAÇÃO PÚBLICA RELEVANTE

1) Exerce ou exerceu, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante conforme relação abaixo?	() Sim	() Não
2) Seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo exercem ou exerceram, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante conforme relação abaixo?	() Sim	() Não

Relação de Cargos, Empregos ou Funções Públicas Relevantes

- I. Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- II. Ocupantes de cargo no Poder Executivo da União:
 - a) De ministro de Estado ou equiparado;
 - b) De natureza especial ou equivalente;
 - c) Do presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e
 - d) Do Grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS, nível 6 e equivalentes.
- III. Membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;
- IV. Membros do Conselho Nacional do Ministério Público, Procurador-Geral da República, Vice-Procurador-Geral da República, Procurador-Geral da Justiça Militar, Procurador-Geral do Trabalho, Subprocuradores-Gerais da República e Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;
- V. Membros do Tribunal de Contas da União e Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;
- VI. Governantes de Estado e do Distrito Federal, presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e
- VII. Prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

PARTICIPANTE

Cargo, Emprego ou Função Pública	Órgão	Período

REPRESENTANTES, FAMILIARES E PESSOAS DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO

Nome completo	CPF	Relacionamento / parentesco	Cargo, Emprego ou Função Pública	Período

Atenção: Encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª via.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Data ____/____/____

Assinatura do declarante _____