

Tipo de Participante (selecione uma das opções)

Participante Ativo Patrocinado*

- Servidor público ocupante de cargo efetivo vinculado ao Patrocinador, com remuneração superior ao Teto do RGPS admitido na vigência do regime de previdência complementar.
- Servidor público ocupante de cargo efetivo vinculado ao Patrocinador, com remuneração superior ao Teto do RGPS admitido antes da vigência do regime de previdência complementar e que a ele tenha optado, conforme § 16 do artigo 40 da Constituição Federal.

* O patrocinador acompanhará a contribuição básica do participante ativo até o limite estabelecido na Lei do Ente Federativo ao qual o servidor estiver vinculado.

Participante Ativo Facultativo

- Servidor público ocupante de cargo efetivo vinculado ao Patrocinador, com remuneração superior ao Teto do RGPS admitido antes da vigência do regime de previdência complementar e que a ele não tenha optado.
- Servidor público ocupante de cargo efetivo vinculado ao Patrocinador, com remuneração igual ou inferior ao Teto do RGPS admitido antes ou após o início da vigência do regime de previdência complementar.
- Servidor público não ocupante de cargo efetivo vinculado ao patrocinador.

Dados pessoais

Nome completo					Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
CPF (obrigatório)	Matrícula	Data de Nascimento	Nacionalidade	Naturalidade		
Estado Civil	Identidade	Órgão expedidor	Cor/Raça/Etnia <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena			
UF	Nome da mãe		Número de Identificação Social - NIS (NIT/PIS/PSEP):			
Nome do cônjuge/companheiro			CPF do cônjuge/companheiro			

Pessoa Politicamente Exposta¹: () Sim () Não

¹ É considerada 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 nos termos e condições expostos na instrução SPC nº 26, de 01 de setembro de 2008 e de acordo com a Lei 9.613 e pela Instrução MPS/SPC nº 26/08.

Endereço residencial

Logradouro (rua, avenida, praça, etc.)				Complemento	
Número	Bairro	Cidade	UF	CEP	
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		
E-mail					

Dados funcionais

Ente Federativo	CNPJ	Matrícula
Fonte Pagadora	CNPJ	
Data de Ingresso	E-mail	

Beneficiários

São beneficiários as pessoas físicas indicadas pelo participante, conforme regulamento do plano.

Beneficiário 1 (Nome completo)				Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Rateio (%)
Data de nascimento	CPF	Parentesco ²	Cor/Raça/Etnia <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena			

Beneficiário 2 (Nome completo)			Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Rateio (%)
Data de nascimento	CPF	Parentesco ²	Cor/Raça/Etnia <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
Beneficiário 3 (Nome completo)			Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Rateio (%)
Data de nascimento	CPF	Parentesco ²	Cor/Raça/Etnia <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
Beneficiário 4 (Nome completo)			Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Rateio (%)
Data de nascimento	CPF	Parentesco ²	Cor/Raça/Etnia <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	

² 01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a) 04 - Enteadado(a) 05 - Outros

Os beneficiários acima designados poderão ser atualizados no site da CAPESESP, por meio de área restrita.

Autorização de desconto e Opção de Contribuição

Proponho minha inscrição no Plano CAPESESP Multi Entes Federativos e autorizo que minhas contribuições mensais sejam efetivadas mediante desconto na minha remuneração mensal, em valor correspondente ao somatório das Contribuições Básicas (obrigatória) e Adicionais (facultativa e de risco) de acordo com as opções:

Contribuição Mensal Básica ³	Contribuição Adicional Facultativa ⁴	Contribuição Adicional de Risco ⁵
____ % do salário de participação	____ % do salário de participação	<input type="radio"/> Sim, desejo aderir à contribuição adicional de risco
	<input type="radio"/> Não desejo efetuar contribuições mensais voluntárias	<input type="radio"/> Não desejo aderir à contribuição adicional de risco

³ Contribuição Básica: Alíquota a ser fixada pelo participante em percentual compreendido entre 3,00% e 8,50% do Salário de Participação, com intervalos mínimos de 0,50%.

⁴ Contribuição Adicional Facultativa: determinada pela aplicação de percentual livremente escolhido pelo Participante, desde que não inferior a 1,00%, incidente sobre o Salário de Participação.

⁵ Contribuição Adicional de Risco: a ser paga no caso de opção pela Parcela Adicional de Risco, enquanto houver contrato de seguro vigente, cujo valor ou alíquota será definido no Plano de Custeio.

Os percentuais definidos pelo participantes, poderão ser alterados, mediante solicitação, no mês de janeiro de cada ano e obedecendo os limites regulamentares.

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 irretratável, nos termos da Lei.⁶

Opto pelo Regime de Tributação Progressiva, ciente de que esta opção é irretratável, nos termos da Lei.⁷

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.⁸

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ O Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação está disponível no site da CAPESESP (www.capesesp.com.br).

Declaração

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

Estou ciente de que a inscrição no Plano CAPESESP Multi Entes Federativos é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade.

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

Declaro que tenho ciência do inteiro teor do Estatuto da CAPESESP, do Regulamento do Plano CAPESESP Multi Entes Federativos e do material explicativo, assim como da posterior disponibilização no site ou portal do Certificado de Participante quando do processamento de minha inscrição.

Declaro estar ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão normalmente expostos a riscos de mercado, e que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros.

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

Estou ciente de que meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela CAPESESP para administração do plano, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 e com a Política de Privacidade da Entidade, disponível no site www.capesesp.com.br.

Local	Data	Assinatura do Participante ou Responsável
-------	------	---

Para uso exclusivo da CAPESESP

Matrícula do funcionário	Data de deferimento (DD/MM/AAAA)	Responsável pela análise (assinatura)
--------------------------	----------------------------------	---------------------------------------