

1. CNPB 2013.0017-38		2. Órgão Patrocinador		3. Cargo efetivo		
4. Nome completo (sem abreviações)					5. Data do efetivo exercício no cargo	
6. Data de nascimento	7. CPF	8. Sexo	9. Identidade	10. Órgão expedidor/UF	11. Data de expedição	
12. Estado civil		13. Naturalidade		14. Nacionalidade		
15. Filiação: Nome da Mãe			Nome do Pai			
16. Nome do cônjuge/companheiro(a)						
17. Endereço completo					18. Bairro	
19. Cidade	20. UF	21. CEP	22. Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular	
23. Email's (institucional e pessoal)						
24. Dados dos beneficiários ⁽³⁾ : Nome completo (sem abreviações)			Grau de parentesco	Data de nascimento	Sexo	Invalído/Deficiente
				__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
				__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
				__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
				__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
				__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Solicito a manutenção/alteração do percentual da contribuição: 8,5% 8,0% 7,5% 7,0% ou 6,5% (o qual incidirá sobre a minha remuneração de participação. O pedido de alteração poderá ser solicitado em até noventa dias da data da entrada em exercício ou, ainda, no mês de maio ou novembro, passando a vigorar, respectivamente, a partir do mês de julho do mesmo ano ou de janeiro do ano subsequente).

Autorizo a inclusão na minha base de contribuição sempre que houver o recebimento das seguintes parcelas remuneratórias, percebidas em decorrência do:
 exercício de cargo em comissão ou de **função de confiança**; e/ou **local de trabalho**.

Autorizo o desconto em folha da **CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA**: escolho o percentual de _____ % (mínimo de 2,5% e incidirá sobre a remuneração de participação escolhida).

Opção pelo regime de tributação do Imposto de Renda (Declaro estar ciente que a opção é irrevogável, nos termos da lei, não podendo ser alterada):

- Opto pelo Regime de Tributação **Regressivo**, previsto no art. 1º da Lei 11.053, de 29/12/2004.
- Opto pelo Regime de Tributação **Progressivo**, previsto no art. 1º da Lei 11.482, de 31/5/2007.
- Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do mês seguinte, contado da data da entrada em exercício no cargo. Estou ciente de que a ausência de manifestação escrita, pelo formulário "Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação", ensejará meu enquadramento automático e independente de minha assinatura no Regime **Progressivo**.

Pessoa politicamente exposta: Sim Não → Consideram-se 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 (membros do CNJ, do STF, dos Tribunais Superiores, do CNMP; o PGR, o Vice-PGR, o PGT, o PGJM, o PGJ do Distrito Federal e os Subprocuradores-Gerais da República). Se a resposta for **SIM**, deverá ser preenchido e assinado o formulário "Termo Especial de Pessoa Politicamente Exposta", disponível no sítio eletrônico da Funpresp-Jud, conforme Instrução MPS/PREVIC 18, de 24/12/2014.

Declaro que:

- as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes das informações sempre que houver solicitação.
- estou ciente de que a adesão no Plano é facultativa e terá efeitos a partir do efetivo exercício.
- estou ciente de que são **beneficiários**⁽³⁾, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Plano: o cônjuge, companheiro(a), filhos, ou enteado(as), até 21 anos de idade, ou se inválidos(as), ou que tenham deficiência intelectual ou mental que os(as) tome absoluta ou relativamente incapazes, enquanto durar a invalidez ou a incapacidade.
- estou ciente de que o Estatuto da Funpresp-Jud, o Regulamento do Plano de Benefícios e o material explicativo estão disponíveis no portal da Funpresp-Jud.
- estou ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado e que a rentabilidade obtida no passado não garante os resultados futuros.

DECLARO, ainda, estar ciente de que a solicitação, relativa manutenção/alteração do percentual da contribuição, terá vigência a partir do 1º dia do respectivo mês ou, caso já tenha ocorrido o fechamento da folha de pagamento do mês, a partir do 1º dia do mês seguinte.

_____, ____/____/____.
 Local e data

 Assinatura do(a) interessado(a)

Dados a serem preenchidos pelo responsável da Área de Pessoal ou da Funpresp-Jud:

Data do protocolo pela área de pessoal ou Funpresp-Jud

_____, ____/____/____.
 Local e data

 Carimbo e assinatura do responsável

Encaminhar/entregar a ficha à área de pessoal (a via original **protocolada** à Funpresp-Jud, uma cópia **protocolada** ao participante e outra cópia **arquivada** na pasta funcional do interessado)