

CNPB 2013.0017-38		Órgão Patrocinador		
Cargo efetivo				Data de exercício no cargo efetivo atual
Nome completo (sem abreviações)				Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Data de nascimento	Nacionalidade	Estado civil		CPF
Endereço completo			Cidade	
UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular
Emails (institucional e pessoal)				

Dados dos beneficiários* : Nome completo (sem abreviações)	Vínculo/Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Inválido/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

*Beneficiários: o **cônjuge** ou **companheiro(a)**; os **filhos** ou **enteados(as)** até 21 anos de idade, ou se **inválidos(as)** ou com deficiência intelectual ou mental, que os(as) tornem absoluta ou relativamente incapazes, enquanto durar a invalidez ou a incapacidade.

SOLICITO a manutenção ou alteração da alíquota de contribuição: 8,5% 8,0% 7,5% 7,0% ou 6,5%.

A alteração poderá ser solicitada em **até noventa dias da data da entrada em exercício**, com 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. Também poderá ser solicitada no mês de **maio** ou **novembro**, com vigência, respectivamente, a partir do mês de julho do mesmo ano ou de janeiro do ano subsequente.

OPTO pela inclusão das seguintes parcelas remuneratórias na minha base de contribuição: **retribuição pelo exercício de cargo em comissão ou função de confiança**, **local de trabalho**, **gratificação por exercício cumulativo de jurisdição ou ofícios** e/ou **outra(s)**, especificar: _____.

CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA: opto pela inclusão e escolho o percentual de _____% (mínimo de 2,5%).

REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA: A opção poderá ser realizada **até o momento da obtenção do benefício** ou da **requisição do primeiro resgate**, pelo formulário "Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda", nos termos da nova redação do § 6º do art. 1º da Lei 11.053/2004. Estando ciente de que, feita a opção, esta é **irretratável** e não poderá ser alterada posteriormente.

PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE: Sim Não. A pessoa natural que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 anos anteriores, cargo, emprego ou função pública relevantes, inclusive funções relevantes em organizações internacionais. Assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo (**membros do STF, CNJ, STJ, TST, CSJT, TSE, STM, TRFs, CJF, TRTs, TRTs e CNMP; PGR, Subprocuradores-Gerais da República, PGT, PGJM, PGJ do DF e Presidente do TJDF; detentores de mandato eletivo federal, estadual, municipal e distrital; presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta**). Se a resposta for **sim**, preencher e assinar o "Termo Especial de Pessoa Exposta Politicamente" (Instrução PREVIC 34/2020 e Resolução COAF 40/2021).

AUTORIZO o desconto das contribuições em folha de pagamento e a disponibilização dos meus dados cadastrais e financeiros à Funpresp-Jud.

DECLARO estar ciente de que a adesão no Plano é facultativa e terá efeitos a partir da data do protocolo na área de pessoal do Órgão Patrocinador ou na Funpresp-Jud; dos termos do Estatuto da Funpresp-Jud, do Regulamento do Plano de Benefícios e do material explicativo; e 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, que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes sempre que solicitados.

_____, ____/____/____. _____
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 _____, ____/____/____.	Carimbo e assinatura do responsável
Local e data	

Encaminhar/entregar a ficha à área de pessoal (a via original protocolada à Funpresp-Jud, uma cópia protocolada ao participante e outra cópia arquivada nos seus assentamentos funcionais)