

Nº de controle _____

1. Nome completo do servidor (sem abreviações):									
2. Identificação única:			3. Órgão Patrocinador/SIGLA:						
4. Data de Nascimento:		5. CPF:		6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		7. Identidade:		8. Órgão Expedidor/UF:	9. Data de expedição:
10. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)						11. Naturalidade:		12. Nacionalidade	
13. Filiação: (Sem abreviações) Mãe						Pai			
14. Nome do Cônjuge/Companheiro(a):									
15. Endereço completo (logradouro, complemento):									
16. Bairro:				17. Cidade:			18. CEP:	19. UF:	
20. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial			(DDD) – Trabalho			(DDD) – Celular		(DDD) – Outros	
21. E-mail trabalho:						22. E-mail pessoal:			
23. Data de entrada em exercício no Patrocinador:						24. Cargo efetivo:			

25. Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda (caso já tenha feito a opção pelo Regime de Tributação na Funpresp-Exe não será necessário o preenchimento deste campo):

- () Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados do meu plano de previdência.
 () Opto pelo Regime de Tributação **Regressiva** previsto no art. 1º da Lei n. 11.053/2004 e nas alterações inseridas pela Lei n.14.803/2024, ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da Lei.
 () Opto pelo Regime de Tributação **Progressiva**.

26. Informações acerca das Contribuições

26.1 Autorizo o órgão patrocinador a descontar mensalmente de minha remuneração a contribuição alternativa mensal correspondente ao percentual aplicado sobre o Salário de Participação indicado, conforme previsto no regulamento do Plano LegisPrev:

Obs: (1) A Contribuição Alternativa mensal, corresponde à quantia resultante do percentual de contribuição (7,5%, 8,0% ou 8,5%) aplicado sobre o Salário de Participação indicado (mínimo de 10 URPs - Unidade de Referência do Plano). (2) O valor da Contribuição Facultativa para custeio da Parcela Adicional de Risco - PAR corresponde à soma dos valores de contribuição indicados no campo 27.1.

Valor do Salário de Participação	Percentual de Contribuição	Valor Contribuição Alternativa
R\$	%	R\$

27. Deseja contratar a Parcela Adicional de Risco (PAR) (campo de preenchimento obrigatório):

() Não () Sim, autorizo o órgão patrocinador a descontar mensalmente de minha remuneração a contribuição facultativa mensal.

Em caso de contratação de Parcela Adicional de Risco - PAR, o protocolo de recebimento deverá ser exclusivo pela Funpresp-Exe, não se considerando válido eventual protocolo junto ao órgão de recursos humanos dos patrocinadores.

27.1 Detalhamento da Parcela Adicional de Risco (campo de preenchimento obrigatório em caso de contratação da PAR):

	Valor do Pecúlio (Capital Segurado)	Valor da Contribuição Facultativa PAR
Pecúlio por Morte (689)	R\$	R\$
Pecúlio por Invalidez (688)	R\$	R\$
Total		R\$

28. Total de Contribuição Mensal:

Valor da Contribuição Alternativa (item 26.1) + Valor da Contribuição Facultativa PAR (total do item 27.1)

Valor de Contribuição Total	R\$
------------------------------------	------------

Estou ciente de que os valores das contribuições indicados no item 27.1 deste Requerimento serão automaticamente reajustados, todo mês de janeiro, em função da mudança da minha idade, para manutenção do capital segurado. De forma alternativa, estou ciente de que posso alterar os valores de contribuição inicialmente indicados, mediante o preenchimento de formulário específico devidamente assinado.

