

Nº de controle 

1. Nome completo do servidor (sem abreviações):									
2. Identificação única (Sigepe):			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 na Patrocinadora:					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 desse campo):

- Opto pelo Regime de Tributação Regressiva previsto no art. 1º da Lei n. 11.053/2004, ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da lei.  
 Opto pelo Regime de Tributação Progressiva, ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da lei.  
 Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do próximo mês, ciente de que a ausência de manifestação escrita, por meio do formulário "Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação", ensejará meu enquadramento automático e independente de minha assinatura no 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 ExecPrev:

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 URP's - 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.

**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\$	R\$
Pecúlio por Invalidez (688)	R\$	R\$	R\$
<b>Total</b>		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.

