

CNPB 2013.0017-38		Órgão Patrocinador		Cargo efetivo	
Nome completo (sem abreviações)					Data do efetivo exercício no cargo
Data de nascimento	CPF	Sexo	Identidade	Órgão expedidor/UF	Data de expedição
Estado civil		13. Naturalidade		Nacionalidade	
Filiação: Nome da Mãe			Nome do Pai		
Endereço completo				Bairro	
Cidade	UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular
Email's (institucional e pessoal)					

24. Dados dos beneficiários ⁽³⁾ : Nome completo (sem abreviações)	Grau de 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

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 anosubsequente).

Autorizo a inclusão na minha base de contribuição sempre que houver o recebimento das seguintes parcelas remuneratórias, percebidas em decorrência de: ☐ exercício de cargo em comissão ou de função de confiança, ☐ local de trabalho, ☐ gratificação por exercício cumulativo de jurisdição ou ofícios e/ou ☐ outra(s), especificar: _____.

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 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, TREs 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", disponível no sítio eletrônico da Funpresp-Jud (Instrução PREVIC 34/2020 e Resolução COAF 40/2021).

Dedaro que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes sempre que solicitados, e **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;
 - de que são **beneficiários⁽¹⁾**, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Plano, o **cônjuge, companheiro(a), filhos ou enteados(as), até 21 anos de idade**, ou se **inválidos(as)**, ou que tenham deficiência intelectual ou mental que os(as) tornem absoluta ou relativamente incapazes, enquanto durar a invalidez ou a incapacidade;
 - dos termos do Estatuto da Funpresp-Jud, do Regulamento do Plano de Benefícios e do material explicativo;
- 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)