



A – Identificação do Participante

Nome:				
CPF	RG	Naturalidade	Nacionalidade	Sexo () Masc. () Fem.
Data Nascimento	Estado Civil	Nome do Cônjuge		
Filiação (Mãe)		Filiação (Pai)		
Endereço (rua, n.º, complemento)				
Bairro	Município		UF	CEP
E-mail	Tel. Res. ()	Celular ()	Tel. Com. ()	

Em caso de participante menor de 18 anos, preencher com o nome e CPF do responsável:

Nome do Responsável:	CPF:
----------------------	------

B- Dados Bancários

Banco (n.º e nome)	Agência (n.º)	C/C
--------------------	---------------	-----

C – Contribuição Básica é a contribuição mensal obrigatória realizada pelo participante

Valor R\$

D – Contribuição de Risco é a contribuição opcional realizada pelo Participante para cobertura de risco morte e invalidez permanente total, por doença ou por acidente, por meio da contratação de um seguro de vida

Prêmio:	Capital:
---------	----------

E – Relação de beneficiários (art. 7º do Regulamento)

(Consideram-se beneficiários os dependentes que o participante indicar)

A inclusão ou exclusão do beneficiário é de responsabilidade do participante. Não é feita automaticamente. Quando houver qualquer tipo de alteração ou exclusão, é necessário que o participante se manifeste declarando, assinando e encaminhando com firma reconhecida de assinatura, à Mutuoprev a alteração.

NOME	CPF	DATA NASC.	PARENTESCO	%

Declaro estar ciente de que a indicação de beneficiários, em desacordo com o art. 7º do Regulamento do Plano I, será desconsiderada pela Mutuoprev. A habilitação dos beneficiários indicados ocorrerá quando da concessão do benefício, mediante documentação comprobatória.

Regime de Tributação

Opto pelo regime de tributação regressivo previsto no art. 1º da Lei n.º 11.053, de 29/12/2004, aplicável no pagamento de Benefício ou Resgate. Caso não seja feita opção, automaticamente, o participante terá o seu plano regido pelo regime progressivo. O regime progressivo é o mesmo considerado no cálculo do Imposto de Renda enquanto o participante estiver ativo na empresa instituidora. Estou ciente que esta opção é **irretratável**.

() Sim () Não

Pessoa Politicamente Exposta (Preenchimento Obrigatório)

() Sim () Não

Por determinação da Instrução SPC n.º 26, de 01 de setembro de 2008, as entidades devem identificar dentre seus participantes aqueles que se enquadram na situação de **pessoa politicamente exposta**, conforme a seguinte definição: 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 (na linha direta, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras: os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União, os ocupantes de cargo do Poder Executivo da União: de ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente, de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista e do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes, os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores: os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal. Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal, e os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Na qualidade de associado da Associação de Defesa de Direitos Previdenciários dos Banespianos – Abesprev, declaro que o presente termo de adesão ao Plano I – Mutuoprev, cujas condições do Regulamento do referido plano me foram disponibilizadas e aceitas, contém dados cadastrais atualizados por mim, pelos quais me responsabilizo.

Firmo o presente por livre e espontânea vontade e autorizo a Mutuoprev a proceder aos descontos mensais das contribuições básicas, de risco, eventuais, se houver, e a taxa administrativa na forma assinalada com um “x” entre as opções abaixo:

Conta Corrente ()	Boleto Bancário ()
------------------------------	-------------------------------

Local e Data

Assinatura do requerente/responsável

REPRESENTANTE MUTUPREV	GERÊNCIA DE ARRECAÇÃO E CADASTRO	DIRETOR DE BENEFÍCIOS (HOMOLOGAÇÃO)
Data Assinatura e Carimbo	Data Gerente	Data Diretor de Benefícios

Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar – CNPJ: 12.905.021/0001-35

Mutuoprev – Plano de Benefícios I – CNPB n.º 2010.0043-29