

1. CNPB

1996.0037-47

2. PATROCINADORA

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)

4. Matrícula na Patrocinadora:

5. Data de Nascimento:

/ /

6. CPF:

7. E-mail:

8. Endereço completo (logradouro, complemento):

9. Bairro:

10. Cidade:

11. CEP:

12. UF:

13. Telefone(s) para contato:

14. Unidade:

15. Adesão à parte programada do plano:

Solicito adesão à parte programada do Plano de Benefícios SarahPrev, contribuindo mensalmente com o percentual abaixo informado sobre meu salário nominal.

Percentual (%)

Percentual por extenso

Data de Adesão

/ /

Obs.: Percentual não poderá ser inferior a 3% (três por cento), conforme previsto no Regulamento do Plano.

16. Pessoa Politicamente Exposta:

SIM NÃO

Entende-se por pessoa politicamente exposta (PPE), nos termos da legislação vigente, todo agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no país, em território brasileiro ou em dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, nos termos da Instrução Normativa PREVIC N° 34 de 28 de outubro de 2020. Em caso afirmativo, o participante deverá preencher formulário próprio.

17. Declaração:

Declaro estar ciente que, pelo presente Termo, opto por contribuir com o percentual acima registrado do meu salário nominal, para a cobertura dos benefícios previstos no Regulamento de Benefícios SarahPrev, ciente de que o percentual de contribuição poderá ser alterado, por ocasião das campanhas de revisão de percentual.

Local

Data

Assinatura do Participante

, de de 20