CNPB	PATROCINADORA
1996.0037-47	ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):

2. Matrícula na Patrocinadora:

3. E-mail particular:

4. CPF:

5. Telefone celular:

6. Unidade:

7. Data de Admissão na Patrocinadora

8. Cargo na Patrocinadora

9. Data de Admissão ao Plano SarahPrev

10. Beneficiários

Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Inválido
			/ /	FEM MASC	SIM NÃO
			/ /	FEM MASC	SIM NÃO
			/ /	FEM MASC	SIM NÃO
			/ /	FEM MASC	SIM NÃO
			/ /	FEM MASC	SIM NÃO

Declaro, para os devidos fins, que sou responsável legal pelos dados pessoais dos beneficiários menores de 12 anos, autorizando o tratamento das informações concedidas tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento e para a execução do contrato previdenciário, nos termos no Regulamento do Plano, em atenção ao art. 14, §1° da Lei n° 13.709/2018 ("LGPD").

11. Pessoa Politicamente Exposta

Em conformidade com a Instrução Normativa PREVIC N° 34, de 28 de outubro de 2020, consideram-se pessoas expostas politicamente 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 e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Sim, declaro-me qualificada como pessoa exposta politicamente.

Não me declaro qualificada como pessoa exposta politicamente.

12. Informações acerca das contribuições:

Autorizo a Patrocinadora a descontar mensalmente de meu salário as contribuições abaixo:

- Parte Programada - Contribuição mensal correspondente ao percentual abaixo informado sobre meu salário de participação, conforme previsto no Regulamento do Plano SarahPrev.

Percentual (%)	Percentual por extenso

Obs.: Percentual não poderá ser inferior a 3% (três por cento).

Parte Risco – Contribuição mensal no percentual de 0,494%, calculada sobre o salário de participação para cobertura de eventos não programados, originados pela incapacidade para o trabalho ou a morte do Participante, pagos na forma e condições previstas no Regulamento do Plano SarahPrev.

13. Termos e condições:

- Na condição de Colaborador da Patrocinadora ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS, desejo me inscrever no Plano de Benefícios SarahPrev e declaro que estou em pleno exercício das minhas atividades laborais. Declaro que as informações fornecidas acima são verdadeiras, estando ciente de que o Sarah Previdência poderá, a qualquer momento, exigir comprovação dos dados prestados.

- O Sarah Previdência - Fundo de Pensão dos Empregados da Associação das Pioneiras Sociais realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD") e à Política de Privacidade disponível no site www.sarahprevidencia.com.br. Neste sentido, estou ciente de que este requerimento pressupõe o tratamento de dados pessoais para o alcance da finalidade aqui pretendida, nos termos do contrato previdenciário firmado entre as partes, conferindo meu consentimento livre, informado e inequívoco, nos termos da Lei. Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao Sarah Previdência qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

- Concordo com o recebimento de comunicação por meio do aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp ou recursos tecnológicos similares, para o número de telefone cadastrado no Sarah Previdência.

- Declaro também ter recebido todas as informações regulamentares, bem como o material explicativo sobre o referido Plano.

Local	**Data**	**Assinatura do Participante**
,	de de 20	

Vigente em: Outubro / 2025