

DADOS CADASTRAIS DE PARTICIPANTE

NOME:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Avenida...):		Nº:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CEP:	CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	E-MAIL:s	OCUPAÇÃO /CARGO:
TELEFONE CELULAR: ()	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:
Nº IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR / DATA:	CPF:
ESTADO CIVIL:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:
FILIAÇÃO / PAI:		
FILIAÇÃO / MÃE:		

DADOS FUNCIONAIS DE PARTICIPANTE

MATRÍCULA FUNCIONAL:	EMPRESA PATROCINADORA:	LOTAÇÃO:	DATA DE ADMISSÃO:
----------------------	------------------------	----------	-------------------

DECLARAÇÕES DE BENEFICIARIOS DE PARTICIPANTE*OBS: Preenchimento em conformidade com o Artigo 7º do Regulamento do PCV da CAGEPREV*

NOME	PARENTESCO	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	INVÁLIDO? SIM/NÃO	CONFIRMA
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

Responsabilizo-me, sob as penalidades da lei, pela veracidade das informações aqui prestadas, comprometendo-me a informar à CAGEPREV, doravante, qualquer alteração nos dados informados relativos à minha situação como PARTICIPANTE e à de meus BENEFICIARIOS acima cadastrados.

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura do participante_____
Representante da CAGEPREV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE PARTICIPANTE

a) Recebe algum tipo de benefício previdenciário da Previdência Social? () Sim () Não
Caso a resposta seja Sim, qual o benefício percebido e o seu início de recebimento?

b) Você é uma pessoa politicamente exposta*? () Sim () Não

(*) Por determinação da Instrução SPC nº 26, de 02 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 o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e estreitos colaboradores.

Caso tenha marcado **SIM**, especifique no quadro abaixo quem é (são) a(s) pessoa(s) que o (a) torna politicamente exposto(a) e a função que exerce(m) ou exerceu(ram) nos últimos cinco anos:

I – para os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II – para os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União:

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;

III - para os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - para 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;

V - para os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - para 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

VII - para os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Pessoa que o(a) torna politicamente exposto	I	II	III	IV	V	VI	VII	Início do Mandato	Fim do Mandato
() Eu mesmo									
() Pais									
() Filho(a)/Enteado(a)									
() Cônjuge									
() Companheiro(a)									
() Representante									
() Outras Pessoas Próximas									

Local e data

Assinatura do participante



FUNDAÇÃO CAGECE DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

FICHA DE INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

(Preencher em letra de fôrma)

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo assinado, venho requerer a minha inscrição na CAGEPREV, submetendo-me, caso minha inscrição seja deferida, ao Estatuto Social e ao Regulamento do PCV, os quais declaro ter recebido, juntamente com o Certificado e a Cartilha do Participante, e cujas normas regulamentares e estatutárias declaro conhecer.

Neste ato autorizo que seja averbado para desconto em folha de pagamento a partir de _____ o percentual de até _____% sobre as suas verbas fixas para quitação das mensalidades do PCV.

Estou ciente de que os percentuais mostrados no Extrato Previdenciário, que recebi juntamente com esta proposta, podem ser alterados em função dos dados cadastrais por mim fornecidos, e que o não pagamento das contribuições mensais pelos níveis ideais podem resultar em valores de benefícios inferiores às metas do Plano.

N. Termos

P. Deferimento

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura do participante

PARA USO EXCLUSIVO DA CAGEPREV

Homologada pela Diretoria em ____/____/____. Nº de matrícula _____

ASSINATURA DO DIRETOR