

REGISTRO NA EMPRESA	TERMO DE ADESÃO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO CNPB nº 1980.0007-19			DATA DE ADMISSÃO Insira Data
1. TERMO DE ADESÃO				
<p>Declaro ter pleno conhecimento de todas as Normas Estatutárias e Regulamentares que regem as atividades da São Bernardo Previdência Privada e a elas livremente manifesto, a seguir, meu desejo de participar do Plano de Previdência Complementar São Bernardo.</p> <p>Responsabilizo-me, para fins de direito, pelos dados abaixo declarados necessários ao meu cadastramento nesse Plano de Previdência Complementar. Declaro ter recebido cópia do Estatuto, do Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo e ter pleno conhecimento do site da São Bernardo (www.saobernardo.org.br).</p>				
2. DADOS DO PARTICIPANTE				
PATROCINADORA		DIVISÃO	LOCAL	CNPJ
NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE (sem abreviações)				
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> 01 SOLTEIRO <input type="checkbox"/> 02 CASADO <input type="checkbox"/> 03 VIÚVO <input type="checkbox"/> 04 SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> 05 DIVORCIADO <input type="checkbox"/> 06 OUTROS				
SEXO (M/F) Escolha	DATA DE NASCIMENTO Insira Data	NACIONALIDADE (país do nascimento)		NACIONALIDADE (país do nascimento)
NÚMERO DO PIS	NÚMERO DO CPF	EMAIL PESSOAL		
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	
NATUREZA	NÚMERO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO Insira Data	
ENDEREÇO (sem abreviações)			COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE		ESTADO	CEP	(DDD) TELEFONE ()
FILIAÇÃO (nome do pai)		FILIAÇÃO (nome da mãe)		
3. BENEFICIÁRIOS				
ANTES DE PREENCHER OS QUADROS 3 E 4, RECOMENDA-SE A LEITURA DOS ITENS 2.3; 2.4 E 2.5 DO REGULAMENTO DO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR.				
NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A)			CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data	
NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> FILHO(A) DO PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) / ADOTADO(A)			CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data	
NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> FILHO(A) DO PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) / ADOTADO(A)			CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data	

NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> FILHO(A) DO PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) / ADOTADO(A)	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> FILHO(A) DO PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) / ADOTADO(A)	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> PAI DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos (incluindo enteados e adotados legalmente))	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
--	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: <input type="checkbox"/> MÃE DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos (incluindo enteados e adotados legalmente))	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
--	---

**4. BENEFICIÁRIO INDICADO- No falecimento de participante e na falta de Beneficiário.
(QUANDO HOVER, DEVERÁ SER RECONHECIDA A FIRMA DO PARTICIPANTE)**

NOME DO BENEFICIÁRIO: PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO: %	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO: %	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO: %	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

NOME DO BENEFICIÁRIO: PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO: %	CPF: DATA DE NASCIMENTO: Insira Data
---	---

5. CONTRIBUIÇÃO

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA:

Autorizo a Patrocinadora a descontar mensalmente do meu Salário Aplicável, o percentual de 2% (dois por cento) da parcela do meu Salário Aplicável até 15 (quinze) USB, mais um percentual de % (por cento) do valor excedente a 15 (quinze) USB a título de Contribuição Básica, de acordo com o item 7.1.1 do Capítulo 7 do Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo. OBS: Percentual inteiro variando de 2% (dois por cento) a 7% (sete por cento) da parcela do seu Salário Aplicável.

Observação: a falta de indicação de percentual para a parcela do Salário Aplicável excedente a 15 USB, significará automaticamente a opção e adoção do percentual de 2%

CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA MENSAL:

Tendo autorizado a Contribuição Básica pelo percentual máximo permitido pelo Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo, considerando o item 7.1.2 do mesmo Regulamento, autorizo também descontar mensalmente do meu Salário Aplicável, mais um percentual de 2% (dois por cento), caso o meu Salário

Aplicável seja igual ou inferior a 15 (quinze) USB, ou um percentual de % (por cento)*, caso o meu Salário Aplicável seja superior a 15 (quinze) USB, a título de Contribuição Voluntária Mensal.

OBS: (*) Percentual inteiro, variando de 2% (dois por cento) a 8% (oito por cento) calculado sobre o total do Salário Aplicável. Caso haja opção por essa contribuição, a falta de indicação de percentual para Salários Aplicáveis superiores a 15 USB, significará automaticamente a opção e adoção do percentual de 2%.

A opção por esta contribuição incide também sobre a Participação nos Lucros (PLR).

6. TERMO DE OPÇÃO PELO PERFIL DE INVESTIMENTO

Considerando minha adesão ao Plano, autorizo a alocação do valor relativo ao Saldo de Conta Total de Participante no seguinte Perfil de Investimentos:

OPÇÃO	PERFIL	APLICAÇÕES	BENCHMARK
<input type="checkbox"/>	São Bernardo	100% em Renda Fixa – com máximo de 80% de títulos públicos e máximo de 40% de títulos privados	Renda Fixa: 100% IMA-S
<input type="checkbox"/>	SB Zero	100% em Renda Fixa – com máximo de 80% de títulos públicos e máximo de 40% de títulos privados	Renda Fixa: 80% IMA-S e 20% IMA-B5
<input type="checkbox"/>	SB 20	80% em Renda Fixa e 20% em Renda Variável (ações) – sendo na Renda Fixa, o máximo de 80% de títulos públicos e o máximo de 40% de títulos privados. Na parcela destinada à Renda Variável, poderão ser incluídos investimentos do exterior entre 0% e 5%	Renda Fixa: 80% IMA-S e 20% IMA-B5 e, Renda Variável: Ibovespa
<input type="checkbox"/>	SB 40	60% em Renda Fixa e 40% em Renda Variável (ações) – sendo na Renda Fixa, o máximo de 80% de títulos públicos e o máximo de 40% de títulos privados. Na parcela destinada à Renda Variável, poderão ser incluídos investimentos do exterior entre 0% e 10%	Renda Fixa: 80% IMA-S e 20% IMA-B5 e, Renda Variável: Ibovespa

CONSIDERANDO:

1. Que a Lei nº. 11.053, de 29/12/2004, com alterações previstas na Lei 11.196 de 21/11/2005, faculta aos participantes dos planos de benefícios das entidades de previdência complementar, inscritos a partir de 1º de janeiro de 2005, a opção pela aplicação do regime de tributação da Tabela Regressiva ou Progressiva até o último dia do mês subsequente à data da inscrição.

2. Que de acordo com o regime da Tabela Regressiva, os valores pagos a título de benefícios ou de resgates, ficarão sujeitos à incidência do Imposto de Renda Exclusivamente na Fonte, sob a forma definitiva, segundo uma Tabela com alíquotas regressivas em função do período de acumulação dos recursos.

Declaro abaixo minha opção pelo regime tributário, tendo conhecimento de que esta opção é irretratável, não podendo ser alterada posteriormente.

OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO DA TABELA REGRESSIVA

Venho através deste formulário, na qualidade de participante do Plano de Previdência São Bernardo, exercer minha opção pelo regime tributário baseado na Tabela de Imposto de Renda na Fonte, com alíquotas regressivas, em função do período de acumulação, nos termos do artigo 2º da Lei 11.053, com alterações previstas na Lei 11.196, declarando, neste ato, estar ciente das regras previstas na referida legislação destacando-se que:

1. A presente opção pelo regime de tributação segundo a Tabela de alíquotas regressiva é imutável e irretratável;
2. A Tabela de alíquotas regressivas continuará sendo aplicada ainda que os recursos acumulados no Plano de Previdência São Bernardo venham a ser transferidos para outra Entidade, na hipótese da utilização do instituto da Portabilidade ou qualquer outro meio de transferência eventualmente permitido pela legislação; e
3. O período de acumulação de recursos para efeito da contagem de tempo que determinará a aplicação das alíquotas da Tabela Regressiva, na hipótese de pagamento do benefício ou de resgate, será contado a partir da data do aporte, no caso dos aportes ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2005.

OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO NO REGIME TRIBUTÁRIO DA TABELA PROGRESSIVA

Declaro-me ciente dos termos da Lei 11.053, publicada em 30/12/2004, com alterações previstas na Lei 11.196 de 21/11/2005 e formalizo minha opção pelo regime de tributação baseado na **TABELA PROGRESSIVA** do Imposto de Renda.

Tenho conhecimento de que a opção pelo regime da **TABELA PROGRESSIVA** do Imposto de Renda importará que qualquer **resgate** será tributado na fonte em 15% e ajustado na declaração anual de Imposto de Renda subsequente, de acordo com a tabela progressiva do Imposto de Renda que estiver em vigor à época e que, atualmente, prevê alíquotas de 0%, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5%, de acordo com o valor da renda. Os benefícios recebidos em forma de renda serão tributados na fonte conforme a tabela progressiva do imposto de renda.

8. DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Para fins de complemento do cadastro da SÃO BERNARDO PREVIDÊNCIA PRIVADA, nos termos previstos na Instrução PREVIC nº 18, de 24/12/2014, solicitamos as seguintes informações.

Declarante Brasileiro: Responder as questões de 1 a 8

Declarante Estrangeiro: Responder também a questão 9

Você, seus representantes, familiares ou pessoas de seu relacionamento próximo, nos últimos 5 anos:

Veja ao final observações (1) e (2)

RESPOSTA

	SIM	NÃO
1) Desempenham ou desempenharam, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Exercem ou exerceram mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ocupam ou ocuparam cargo no Poder Executivo da União, tais como: de Ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente; de presidente, vice-presidente e diretor de ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) São ou foram membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores nos últimos 5 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) São ou foram membros do Conselho Nacional do Ministério Público, Procurador-Geral da República, Vice-Procurador-Geral da República, Procurador-Geral do Trabalho, Procurador-Geral da Justiça Militar, Subprocuradores-Gerais da República e Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) São ou foram membros do Tribunal de Contas da União e Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) São ou foram governadores de Estado e do Distrito Federal, presidentes de tribunal de justiça, de assembleia legislativa e de Câmara Distrital, presidentes de tribunal e de conselho de contas de estado, de municípios e do Distrito Federal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) São ou foram prefeitos ou presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado nos últimos 5 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Exercem ou exerceram importantes funções públicas em outro país , como por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ O prazo de cinco anos deve ser contado, retroativamente, a partir da data de início da relação jurídica estabelecida com a São Bernardo (inscrição do Participante no Plano ou início de recebimento de benefício, se Beneficiário).

⁽²⁾ São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, assumindo por elas integral responsabilidade e comprometendo-me a comunicar a São Bernardo Previdência Privada, caso haja qualquer alteração posterior a esta data.

9. DATA DE ADESÃO E ASSINATURAS

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ABONO DA PATROCINADORA

TERMO DE ADESÃO - PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO

1ª via Participante 2ª via São Bernardo 3ª via Patrocinadora

Out/2016

MODELO