

TTD: 100.1

Instituidor	Número da matrícula no Instituidor	Data da filiação ao Instituidor
-------------	------------------------------------	---------------------------------

PARA USO EXCLUSIVO DA PETROS

Código do Instituidor	C.N.P.B 20.080.008-18	Matrícula Petros	Reingresso no Plano <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------	--------------------------	------------------	--

DADOS PESSOAIS

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

Nome Completo (sem abreviações)			
CPF	Data de Nascimento	Gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil
Identidade	Órgão Expedidor	Data da Emissão	Estado de Expedição
Filiação			
E-mail ¹ :	E-mail ² :	DDD/Telefone: ()	DDD/Telefone: ()

ENDEREÇO

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

CEP	Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)		
Número	Completo	Bairro	
Cidade	Estado	Pais	Endereço: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial

DADOS PROFISSIONAIS

(Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)

Ocupação Profissional	Renda Mensal		
Tempo de Vinculação Previdenciária: ___ anos ___ meses	Já recebe benefício do INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Benefício	

IMPORTANTE!!

A ESTE PEDIDO DEVERÃO SER ANEXADOS OBRIGATORIAMENTE OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DO REQUERENTE E DE SEUS BENEFICIÁRIOS E DESIGNADOS, CONFORME RELAÇÃO ABAIXO:

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - PEDIDO DE INSCRIÇÃO ANAPARprev

CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS DO PARTICIPANTE	Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF
	CPF, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.
CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS PARA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE	Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF.
	Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.
	Declaração médica que informe a invalidez.

TTD: 100.1

BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE RENDA DE PENSÃO POR MORTE

SÃO BENEFICIÁRIOS DO PARTICIPANTE OS DEPENDENTES DEFINIDOS NAS CLASSES A SEGUIR:

1ª Classe: o cônjuge, a companheira ou o companheiro, o ex-cônjuge divorciado ou separado judicialmente ou de fato, a ex-companheira e o ex-companheiro, que recebam pensão alimentícia e o filho não emancipado, menor de 21 anos ou inválido, inclusive o enteado ou o menor tutelado;

2ª Classe: os pais;

3ª Classe: o irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido.

A existência de dependente em uma das classes precedentes exclui o direito dos dependentes das classes seguintes.

Na falta de beneficiários, o saldo existente na Conta de Benefício Concedido será pago aos herdeiros e/ou legatários do Participante, mediante apresentação de alvará judicial.

ORDEM	BENEFICIÁRIOS				RATEIO (%)
1	Nome Completo (sem abreviações)				CPF
	Data de Nascimento	Invalidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco
2	Nome Completo (sem abreviações)				CPF
	Data de Nascimento	Invalidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco
3	Nome Completo (sem abreviações)				CPF
	Data de Nascimento	Invalidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco
4	Nome Completo (sem abreviações)				CPF
	Data de Nascimento	Invalidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco
5	Nome Completo (sem abreviações)				CPF
	Data de Nascimento	Invalidez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco

CONTRIBUIÇÃO MENSAL

Antes de estipular sua contribuição é importante que você faça uma simulação para obter estimativas de quanto será o seu benefício no futuro. Acesse os sites www.petros.com.br ou www.anapar.br, ou ligue para 08000 253545.

Contribuição Ordinária (obrigatória): Valor escolhido pelo Participante, observado o mínimo correspondente a 20% (vinte por cento) do Valor Mínimo de Referência do Plano.

Desejo recolher, mensalmente, a título de Contribuição Ordinária, o valor correspondente a:

R\$ _____ (_____)

DADOS PARA PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES

Nome do correntista (Em caso de débito em conta corrente)	Dia do vencimento () 5 () 20	() Débito em conta corrente <u>Bancos Conveniados:</u> Itáu, Bradesco e Santander.	() Boleto bancário
CPF do responsável financeiro	Banco	Agência	Conta corrente
			UF

TTD: 100.1

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo o banco designado a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do Plano ANAPARprev. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para a finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. **Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da Petros ou do banco informado neste requerimento pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.**

Assinatura do Requerente

OPÇÃO PARA REGIME DE TRIBUTAÇÃO

O requerente deverá escolher, neste ato ou até o último dia útil do mês subsequente ao da assinatura deste Pedido de Inscrição, uma única opção, dentre as seguintes:

OPÇÃO Nº 1: REGIME PROGRESSIVO

No caso de recebimento de Resgate, incidirá Imposto de Renda na fonte à alíquota de 15%, como antecipação do imposto devido na declaração de ajuste anual da pessoa física, de acordo com o artigo 3º da Lei 11.053, de 29/12/2004. No caso de recebimento de benefício mensal, incidirá imposto de renda de acordo com a Lei 11.482, de 31/05/2007.

OPÇÃO Nº 2: REGIME REGRESSIVO

No caso de recebimento de resgate ou de benefício mensal, haverá incidência de imposto de renda, de caráter definitivo, ou seja, não poderá ser compensado na declaração de ajuste anual de pessoa física, de acordo com as alíquotas regressivas, conforme prevê o artigo 1º da Lei 11.053, de 29.12.2004.

Os valores e as alíquotas previstos nas Opções 1 e 2 estão sujeitos às alterações segundo a legislação aplicável.

Exerço neste ato a Opção Nº _____, em caráter irrevogável e irretroatável, na forma da legislação vigente. Estou ciente de que, na ausência de opção pelo Regime de Tributação, até o último dia útil do mês subsequente ao da assinatura deste Pedido de Inscrição, será considerada opção pelo Regime Tributário Progressivo, constante da Opção nº 1.

() Desejo optar em tempo futuro, até o último dia útil do mês subsequente ao da assinatura deste Pedido de Inscrição.

O signatário requer sua inscrição como Participante do Plano ANAPARprev, declarando conhecer e aceitar as condições do Regulamento do Plano ANAPARprev. Declara estarem corretas as informações constantes deste Pedido de Inscrição, pelas quais se responsabiliza e que a falta dos documentos comprobatórios do requerente e de seus beneficiários devidamente anexados a este formulário, impedirá a realização de sua inscrição no Plano ANAPARprev.

Declara, ainda, que não opta, neste ato, pela Cobertura Adicional para os riscos de invalidez e morte, oferecida pela Seguradora contratada pela Petros, conforme faculta o Regulamento do Plano ANAPARprev.

Local e Data

Assinatura do Requerente

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO À PETROS

Data de Remessa à Petros

Assinatura do Responsável

PARA USO DA PETROS

Este Pedido de Inscrição foi deferido em:

Data

Responsável pela Análise

Data

Assinatura do Gerente