	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-095 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -05 Requerimento de Ingresso/Reingresso	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Empresa:	Data de Admissão:		
Nome:				
Endereço:				Nº
Complemento:			Bairro:	
Cidade:			UF:	CEP:
Telefone:		Celular:		E-mail:
Banco:		Agência:		Conta corrente:
Data de Nascimento:		CPF:		Nº Identidade/Org.Emissor:
Data Emissão da Identidade:		Cód. Sexo		Cód. Estado Civil:

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, requer o seu Ingresso/Reingresso, conforme Regulamento vigente. Assim sendo, autorizo uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios CD-05. Para tanto estabeleço o percentual de contribuição pessoal em _____%.

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para que a Previdência BRB me identifique e entre em contato comigo em razão da minha inscrição no Plano de Benefícios, para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente previdenciária, para procedimentos de admissão e execução do contrato de adesão ao Plano de Benefícios, inclusive após seu término, para cumprimento, pela Previdência BRB, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização, ficando ainda autorizado o compartilhamento dos meus dados e informações com terceiros estritamente para o cumprimento da finalidade indicada neste documento. Autorizo, ainda, o Patrocinador a compartilhar os meus dados pessoais e financeiros com a Previdência BRB, bem como outras informações mínimas exigidas pela legislação em vigor. Estou ciente e autorizo a Previdência BRB realizar análises no meu cadastro, inclusive de risco de crédito.

Sim Não

Estou ciente que meus dados pessoais e informações serão armazenados enquanto perdurar a relação com o Plano de Benefícios e/ou com a Previdência BRB. Em caso de cancelamento da minha inscrição no Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações serão armazenados pela Previdência BRB enquanto necessário para atender aos prazos legais ou regulatórios.


Estou ciente de que em caso de desistência da inscrição, ou não formalização da adesão ao Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações coletadas serão mantidos no banco de dados da Previdência BRB pelo prazo de 5 (cinco) anos, podendo haver a eliminação dos dados pessoais e informações após este prazo.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e/ou ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Sim Não

Brasília, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do requerente

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-095 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -05 Requerimento de Ingresso/Reingresso	Área de Previdência

3. DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS (utilize os códigos da legenda para preencher os campos)

Nome	Data nascimento	Cód. Sexo	Cód. Estado Civil	Cód. Parentesco	Percentual Pecúlio

LEGENDA	Sexo 01 – Masculino 02 - Feminino	Estado Civil 01 – Solteiro 04 - Viúvo 02 – Casado 05 - Divorciado 03 - Sep. Judicial	Grau de parentesco 01 – Cônjuge 04 - Filho(a) Inválido(a) 02 - Companheiro(a) 05 - Enteadado(a) 03 - Filho(a) 06 – Pai 07 - Mãe 08 - Irmão 09 – Outros: _____
----------------	--	--	--

Declaro, para todos os fins, sob as penas da Lei, que as informações, dados pessoais e documentos prestados para a inscrição no Plano de Benefícios, são verdadeiros e autênticos, fiéis à verdade e condizentes com a minha realidade. Fico ciente por meio deste documento que a falsidade das declarações configura crime previsto na legislação Penal Brasileira, passível de apuração na forma da Lei.

4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

<p>Para uso da Diretoria: <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> Não autorizado</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência</p>	<p>Favor proceder conforme solicitação do Requerente.</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo da Área de Previdência</p>
---	---