

**PREVIDÊNCIA BRB – Plano de Benefícios CD-Metrô-DF**

CNPB: 2014.0021.18 | CNPJ: 48.307.593/0001-60

SAC: 0800 000 2977

www.previdenciabrb.org.br | relacionamento@previdenciabrb.org.br

**Requerimento de Inscrição****1. DADOS INSTITUCIONAIS DO PROPONENTE**

Matrícula:	Data de admissão:
Patrocinadora:	Aposentado pelo INSS: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**2. DADOS PESSOAIS DO PROPONENTE (utilize os códigos da legenda para preencher campo sexo e estado civil)**

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:

**3. TERMO DE ADESÃO**

**SIM**, tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-Metrô-DF, administrado pela Previdência BRB, e constituir Reserva de Poupança Individual.

Para viabilizar a minha inscrição no Plano de Benefícios, 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

Assim sendo, autorizo a referida Patrocinadora, uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios CD-Metrô-DF. Para tanto estabeleço o percentual da contribuição pessoal normal em \_\_\_\_\_%.

**(Neste caso favor preencher os campos 4, 5 e 6).**

**NÃO** tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-Metrô-DF, administrado pela Previdência BRB.

**(Dispensa o preenchimento dos campos 4, 5 e 6).**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

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

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

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

### 5. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023

1 - Considera-se enquadrado como **PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA\*** (RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023)?

Sim  Não

\*São consideradas pessoa politicamente exposta detentores de mandatos eletivos, ocupantes de cargo do Poder Executivo da União, Membros do Conselho Nacional de Justiça/STF e dos Tribunais Superiores (dentre outros).

2 - Há familiares (pais, filhos, cônjuge, companheiro (a) ou enteado(a) que possam estar enquadrados como **PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA** na mesma situação?

Sim  Não

### 6. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1.571, DE 02/07/2015

FATCA é uma lei que determina que as Instituições Financeiras Estrangeiras (FFIS) devem identificar em sua base de clientes as "US Persons", de forma a garantir o repasse de informações anuais de operações de contas mantidas por cidadãos americanos para a receita federal dos Estados Unidos, nos termos do acordo para troca de informações assinado pelo Brasil com a receita federal americana.

Serão considerados US Persons os participantes que possuam pelo menos 1(uma) das seguintes características: 1. Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos; 2. Detentores de Green Card; 3. Local de nascimento nos Estados Unidos; 4. Residência permanente nos Estados Unidos ou presença substancial (se ficou nos Estados Unidos pelo menos 31(trinta e um) dias no ano corrente e/ou 183 (cento e oitenta e três) dias nos últimos 3(três) anos; 5. Outras características que possam ser indicadas na regulamentação a ser publicada pela RFB.

Considera-se, para os devidos fins de direito sob as penas da lei, como **US PERSON**?  Sim  Não

### 7. ASSINATURA DO REQUERENTE

Na qualidade de empregado da Patrocinadora acima assinalada, declaro haver recebido o Estatuto da Previdência BRB, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios CD-Metrô-DF.

**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.**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura do requerente

### 8. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

**À Diretoria de Previdência para Homologação**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura/carimbo do(a) Titular da Unidade

**Para uso da Diretoria:**

Homologado  Não homologado

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura/carimbo Diretor(a) da Unidade

