

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		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				Data Nascimento	
Gênero: () M () F		Nacionalidade		Naturalidade	
CPF					
Natureza do doc. de Identificação		Nº do documento		Data da Emissão	
Órgão Expedidor / UF					
Estado Civil		Nome do Cônjuge			Data Nascimento
Filiação					
Ocupação Profissional				Renda Mensal	
Tempo de Vinculação Previdenciária: ____ anos ____ meses		Já recebe benefício do INSS? () Sim () Não			Tipo de Benefício
Valor de benefício INSS				Mês de referência	
ENDEREÇO - () RESIDENCIAL () COMERCIAL					
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)				Número	
Complemento					
Bairro		Cidade		UF	País
CEP		DDD/Telefone 1		DDD/Telefone 2	
SEU E-MAIL É UM DADO OBRIGATÓRIO. A AUSÊNCIA DESSE DADO IMPLICARÁ NO INDEFERIMENTO DO SEU PEDIDO.					
E-Mail 1			E-Mail 2		
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 SINMED-RJ					
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 DE PARTICIPANTE SÃO BENEFICIÁRIOS DO PARTICIPANTE

OS DEPENDENTES DEFINIDOS NAS CLASSES A SEGUIR:

1ª Classe: o cônjuge, a companheira ou o companheiro 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 Aposentadoria será pago aos herdeiros legais habilitados.

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	

TOTAL 100%

Local e Data

Assinatura do Requerent

TTD: 100.1

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, www.sinmedrj.org.br ou ligue para 08000 253545.**

Contribuição Normal (obrigatória e mensal): Valor escolhido pelo Participante, não inferior a 10% (dez por cento) de uma Unidade SinMed/RJ de Previdência (USMP).

Desejo recolher, mensalmente, a título de Contribuição Normal, 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	() Boleto bancário	
CPF do responsável financeiro	Banco	Agência	Conta corrente	UF

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 SinMed-RJ. 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 irretratável, na forma da legislação vigente. Estou ciente de que a 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 SinMed-RJ, declarando conhecer e aceitar as condições do Regulamento do Plano SinMed-RJ. Declara estarem corretas as informações constantes deste Pedido de Inscrição, pelas quais se responsabiliza.

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 SinMed-RJ.

Local e Data

Assinatura do Requerente

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO À PETROS

Data de Remessa à Petros

Assinatura do Responsável

Informação classificada como interna, acessível no âmbito da Petros ou ambiente externo, conforme norma NR-019.