

Matrícula da Fundação Libertas (Campo da Libertas):

Data da Inscrição (Campo da Libertas):

### DADOS PESSOAIS

Nome Civil<sup>1</sup>:

Nome Social<sup>2</sup>:

CPF:

Sexo:

Identidade de Gênero (Decreto nº 727/2016)

Travesti

Transexual feminino

Transexual masculino

Não se aplica

1 - Nome civil: nome atribuído à pessoa física, considerado desde seu nascimento, e durante toda a sua existência, que o identifica.

2 - Nome social: nome pelo qual pessoas transexuais, travestis ou qualquer outro gênero se identifica e é socialmente reconhecida (Decreto nº 8.727/2016).

Nº Identidade:

Orgão Expedidor:

Data Expedição:

Data Nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Nome do Cônjuge/companheiro(a)

Nome do pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade/Estado:

Telefone Fixo:

Telefone Celular:

Email Pessoal:

Email Profissional:

### DADOS PROFISSIONAIS

Lotação:

Data de Admissão:

Ocupação Profissional:

Salário:

Matrícula na COHAB:

Carteira Profissional:

Série:

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS<sup>3</sup> (Pessoas físicas indicadas para receber benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

Nome 1:

CPF:

Sexo:

Data de Nascimento:

DEP. IR?

% de Rateio

Grau de Parentesco:

Nome 2: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ DEP. IR? \_\_\_\_\_ % de Rateio \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome 3: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ DEP. IR? \_\_\_\_\_ % de Rateio \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome 4: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ DEP. IR? \_\_\_\_\_ % de Rateio \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

3 - Poderá inscrever como beneficiário o cônjuge ou o companheiro (a), os filhos e enteados, solteiros menores de 21 (vinte e um) anos de idade ou menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que matriculados e frequentando regularmente curso de ensino superior, reconhecido pelo órgão competente, ou ainda, inválidos não amparados por qualquer tipo de aposentadoria prevista em lei. As pessoas de menoridade ou idade avançada, bem como doentes ou invalidas que, sem recursos, vivam às expensas do Participante ou coabitem por um lapso de tempo superior a 2 (dois) anos consecutivos. São consideradas pessoas de idade avançada as de mais de 60 (sessenta) anos.

### CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento ou da forma determinada pela Fundação Libertas de Seguridade Social, correspondente ao percentual sobre meu Salário Efetivo, conforme opção registrada abaixo:

Contribuição<sup>4</sup> Normal Mensal Inicial de (%): \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo

4 - Limite mínimo de 3% (três por cento) e o limite máximo de 7% (sete por cento), considerando os percentuais variando de forma crescente, em intervalos de 1% (Hum por cento).

### OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA<sup>5</sup>

A opção abaixo deverá ser exercida até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano COHABPrev e será irretratável, imutável e irrevogável

**TABELA PROGRESSIVA**

**TABELA REGRESSIVA**

5 - Em caso da não indicação do regime de tributação, considera-se "progressivo" em cumprimento a Lei 11.053/2004.

**INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE PARA ATENDER A LEGISLAÇÃO** (Instrução PREVIC nº 18/2014)

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA:

 **NÃO**  **SIM** Necessário formalizar em documento específico - Declaração de Pessoa Politicamente Exposta/site da Libertas

Conceito: agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares (parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. **No caso de dúvidas procure o atendimento da Libertas. Se for Pessoa Politicamente Exposta – PPE, favor solicitar a Libertas o formulário específico.**

**RELACIONAMENTO COM OS ESTADOS UNIDOS - US PERSON/ FACTA** (Instrução Normativa RFB nº 1571, de 02/07/2015) **NÃO**  **SIM** Necessário formalizar em documento específico - Declaração de Relacionamento com os EUA/site Libertas

Conceito: caracterizam-se como US PERSON as pessoas que tenham:

- Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos;
- Residência fiscal nos EUA, ou seja, que possuam Green Card e que possa se tornar um residente permanente legal;
- Presença física nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente ou 183 dias nos últimos 3 anos.
- **No caso de dúvidas procure o atendimento da Libertas. Se for Pessoa US PERSON/ FACTA, favor solicitar a Libertas o formulário específico.**

**IDENTIFICAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS (PAISES ADERENTES AO CRS)** (Instrução Normativa RFB nº 1.680/16)

Possui conta financeira mantida em país diferente da sua residência fiscal? (local registrado junto às autoridades fiscais, onde o contribuinte presta informações tributárias para fins de arrecadação e recolhimento de impostos).

 **NÃO**  **SIM**

Indique qual o país: \_\_\_\_\_

Conceito: a Instrução normativa da Receita Federal, dispõe sobre a obrigatoriedade da identificação e reporte de contas financeiras de pessoas físicas com residência fiscal em qualquer país aderente ao CRS- Common Reporting Standard (troca automática de informação fiscal).

Em conformidade com a legislação, a Fundação libertas adotará o procedimento de identificação para os participantes do plano de benefício, caso o país indicado seja aderente ao CRS, sendo necessário o preenchimento posterior de formulário específico para este fim.

- **No caso de dúvidas procure o atendimento da Libertas. Se for Pessoa CRS, favor solicitar a Libertas o formulário específico.**

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- **Cópia da carteira de identidade e do CPF do titular;**
- **Cópia de comprovante de vínculo empregatício.**

O DEFERIMENTO DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO, PELA FUNDAÇÃO LIBERTAS, DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE TODOS OS DOCUMENTOS.

### **Declaração:**

Declaro ter conhecimento do Regulamento do CohabPrev disponível no site da Fundação Libertas. Estou ciente que assinatura da inscrição, concretiza a efetivação da minha entrada no Plano, bem como dos meus beneficiários, comprometendo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência e juntando os documentos, sob pena de me responsabilizar pelos danos causados ao Plano decorrentes das informações não prestadas tempestivamente.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a Fundação Libertas poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas, bem como utilizar e tratar as informações de dados pessoais, inclusive de meios digitais, para fins de operacionalização e de gestão do plano.

## TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do Plano Previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano previdencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

## ASSINATURA

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

**ASSINATURAS - CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PARTICIPANTE**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

**CAMPO A SER PREENCHIDO PELA FUNDAÇÃO LIBERTAS**

Recebido por (nome): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de recebimento dos documentos: \_\_\_\_\_ Assinatura da Fundação Libertas: \_\_\_\_\_