

DADOS PESSOAIS

Nome completo:	Nome social:	
_____	_____	
CPF:	Sexo:	
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro:	_____
Data de nascimento:	Cidade de nascimento:	Estado civil:
____ ____ ____	_____	_____
Endereço:	Nº:	Complemento:
_____	_____	_____
Bairro:	CEP:	Cidade/Estado:
_____	_____	_____
Telefone fixo:	Telefone celular:	
_____	_____	
E-mail pessoal:	E-mail profissional:	
_____	_____	

DADOS PROFISSIONAIS

Matrícula na MGS:	Data de admissão:	Salário:
_____	____ ____ ____	_____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS¹ (Pessoas físicas indicadas para receber benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

Nome 1:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco:
_____	____ ____ ____	_____
Nome 2:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco:
_____	____ ____ ____	_____
Nome 3:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco:
_____	____ ____ ____	_____
Nome 4:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco:
_____	____ ____ ____	_____

1 – Se não entregar a documentação, não será considerado como beneficiário.

CONTRIBUIÇÃO NORMAL DO PARTICIPANTE

Qual o seu salário? R\$ _____

Da parte do meu salário que vai até R\$ 5.462,60 eu quero contribuir com:

- 0,5% 1% 1,5%

Se o meu salário ultrapassar os R\$ 5.462,60 eu quero contribuir mais:

- 1,5% 2% 2,5% 3% 3,5% 4% 4,5%
 5% 5,5% 6% 6,5% 7%

OBS.: limitado ao salário máximo de R\$ 21.850,40.

OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO (Lei nº 11.053/04)

REGIME TRIBUTÁRIO PROGRESSIVO COMPENSÁVEL

Incidência do imposto de renda sobre os resgates à alíquota fixa de 15% como antecipação do imposto devido na Declaração de Ajuste Anual. Os benefícios são tributados de acordo com a tabela progressiva mensal, a mesma aplicada aos salários. Esta opção não poderá ser retratada enquanto permanecer vinculado a este **plano**, somente em caso de portabilidade para outro plano.

REGIME TRIBUTÁRIO REGRESSIVO DEFINITIVO

Resgates de contribuição e rendas mensais de aposentadoria sujeitam-se à incidência do imposto de renda com alíquotas decrescentes, de acordo com o prazo de acumulação dos recursos do plano, de forma definitiva, variando de **35% (até 2 anos)** a **10% (acima de 10 anos)**. Esta opção é irretroatável, ou seja, não poderá ser alterada durante sua vinculação a este plano ou a qualquer outro em caso de portabilidade.

A falta da indicação do regime tributário acima significará a opção pelo **Regime Progressivo Compensável**.

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.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- **Documento de identificação do titular e beneficiário(s) com CPF: documento de identidade ou CNH (Carteira Nacional de Habilitação).**

O DEFERIMENTO DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO E INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S), PELA FUNDAÇÃO LIBERTAS, DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE TODOS OS DOCUMENTOS.

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do regulamento do plano de benefícios MGSPrev 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 encargos 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.

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.

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.

____ | ____ | ____
Data

Assinatura do participante

Matrícula da Fundação Libertas (Campo da Libertas):

Data da Inscrição (Campo da Libertas):

____ | ____ | ____ | ____

