



TERMO DE ADESÃO AO PLANO MISTO DE BENEFÍCIOS I

DADOS PESSOAIS				
Nome:			Data de Filiação: / /	
Identidade N°:	Órgão Expedidor:	CPF N°:	Sexo:	Estado Civil:
Naturalidade:		Estado:	Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /
Cônjuge:				
Nome de Mãe:			Nome do Pai:	
Endereço:				
Bairro:		Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail:		

DADOS BANCÁRIOS			
Banco:	Agência:	Operação:	Conta Corrente:

DADOS FUNCIONAIS			
Patrocinadora:	Matrícula:	Data Admissão: / /	Lotação (Unidade):
Cargo:		Remuneração Fixa: R\$	
Carteira Profissional:	N°:	Série:	Unidade da Federação:

DEPENDENTES			
Nome:	Parentesco:	Nascimento: / /	Dependente IR (S/N):
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	



Possuí Plano de Previdência Privada: **Sim** **Não** Deseja Portar os Recursos: **Sim** **Não**

Possui Tempo de Serviço Anterior:		
Empresa:	Admissão:	Desligamento:
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

REQUERIMENTO

Solicito a minha inscrição como Participante da FASCEMAR - Fundação de Previdência Complementar, assumindo total responsabilidade pela fidelidade das informações aqui prestadas.

Autorizo a FASCEMAR a descontar, mensalmente, a contribuição que me compete como Participante, no percentual a seguir assinalado: 90 % 50 %, bem como considerar a Tabela para efeito de Imposto de Renda, conforme assinalado: Tabela Progressiva Tabela Regressiva.

Declaro que recebi um exemplar do Estatuto e do Regulamento do Plano Misto de Benefícios I e, desde já, autorizo o desconto da contribuição de minha remuneração na forma regulamentada.

Data: / /	Assinatura: _____ Participante
------------------	--

LAUDO MÉDICO

O Colaborador encontra-se: Apto / Inapto, para o desempenho das suas funções.

Data: / /	Assinatura: _____ Médico
------------------	------------------------------------

PARECER FINAL

Sr. Presidente, solicitamos aprovar:

Data: / /	Assinatura: _____ Diretor
------------------	-------------------------------------

Data: / /	Assinatura: _____ Presidente
------------------	--

CANCELAMENTO DO PARTICIPANTE

Solicito o meu desligamento do Plano Misto de Benefícios I da FASCEMAR, conforme opção a seguir assinalada: a Pedido através de Ofício.

Data: / /	Assinatura: _____ Ex-Participante do Plano Misto de Benefícios I
------------------	--