

Patrocinador <input type="checkbox"/> Executivo <input type="checkbox"/> TCDF <input type="checkbox"/> CLDF <input type="checkbox"/> DP			Matrícula		
Nome completo do participante (sem abreviações)					
CPF		Data de nascimento		Sexo () M - Masculino F - Feminino	
Estado Civil				Pessoa Politicamente exposta ¹ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Declarção do FATCA ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Nº de filhos <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> + 2		
Telefone (Residencial)		Celular		E-mail	
Endereço Residencial				Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP
Cargo efetivo			Órgão		Data de entrada em exercício

¹Pessoa Politicamente Exposta: o 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 e outras pessoas de seu relacionamento próximo. O participante que declarar-se Pessoa Politicamente Exposta deve preencher adicionalmente o **Formulário VIII** -

DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA.

²o Decreto nº 8.506, de 24/08/2015 promulgou o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América para Melhoria da Observância Tributária Internacional e Implementação do FATCA, firmado em Brasília, em 23 de setembro de 2014. Além disso, a Receita Federal, através da Instrução Normativa RFB nº 1.571, de 02/07/2015, estabeleceu procedimentos referentes a operações financeiras que abrangem o intercâmbio de informações realizado, nos termos do FATCA, com o governo dos Estados Unidos. O FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) é uma lei norte-americana que objetiva o combate à evasão fiscal nos Estados Unidos. Caso o participante declare que possui algum vínculo fiscal com os EUA é necessário que preencha adicionalmente o **Formulário IX – DECLARAÇÃO DO FATCA.**

Requerimento

Solicito minha inscrição como Participante Individual do Plano DF-PREVIDÊNCIA e autorizo o desconto pelo Patrocinador, em folha de pagamento, do valor correspondente ao Salário de Participação abaixo especificado:

R\$ _____.
Valor por extenso: _____

DECLARAÇÕES

- Estou ciente de que a inscrição no Plano DF-Previdência é facultativa e meu ingresso no plano dar-se-á na condição de Participante Individual, segundo o disposto no regulamento do plano;
- Estou ciente de que o Patrocinador apenas realiza contribuições paritárias em favor do Participante Patrocinado, não havendo contribuições patronais a Participante Individual;
- Recebi cópias do Estatuto da DF-PREVICOM, do Regulamento do Plano DF-Previdência e do respectivo Material Explicativo, também disponíveis no sitio eletrônico da DF-PREVICOM, estando satisfeito com os esclarecimentos que recebi ou que julguei necessários;
- Autorizo o Patrocinador a disponibilizar à DF-PREVICOM, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros, ficando a DF-PREVICOM responsável por preservar o sigilo dessas informações;
- Estou ciente de que minha inscrição produzirá efeitos a partir da data do protocolo deste documento no Patrocinador ou na DF-PREVICOM, o que ocorrer primeiro;
- Autorizo o Patrocinador a descontar de minha remuneração mensal, em folha de pagamento, as Contribuições Facultativas que eu decidi realizar à DF-PREVICOM, neste formulário;
- Aceito e reconheço que a utilização dos sistemas de informática da DF-PREVICOM, através da área de seu website de acesso exclusivo ao participante, mediante a inserção de usuário e senha pessoal, caracterizará como autênticos os requerimentos encaminhados à DF-PREVICOM através da referida área exclusiva.
- Apresento meu consentimento expresso à DF-Previcom para coleta, uso, armazenamento e tratamento dos dados informados neste formulário, seja em seus processos internos ou seja para utilização de outros agentes de tratamento que prestem serviço à Entidade para que sejam feitas avaliações

Para mais informações, entrar em contato através dos e-mails: atendimento@df-previcom.df.gov.br ou seguridade@df-previcom.df.gov.br ou através dos telefones: (61) 3550-7592 (Ramal: 2000)

estatísticas, atuariais e demais avaliações pertinentes julgadas necessárias pela Entidade e desde que em conformidade com os princípios e garantias estabelecidos na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 denominada Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

- Estou ciente que a qualquer momento posso solicitar à DF-Previcom a correção, anonimização, bloqueio, eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a LGPD ou ainda a revogação de meu consentimento, desde que estes dados não sejam inerentes ao contrato de previdência complementar, nos termos prescritos pelas Leis Complementares 108 e 109/2001, sob pena de impossibilitar a continuidade da própria relação jurídica estabelecida com a entidade.

Local de Data <hr/>	Assinatura do proponente <hr/>
-------------------------------	--