

**PLANO GEAPREV**  
**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE**

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

\*POLITICAMENTE EXPOSTO: ( )SIM ( )NÃO

CPF:

RG:

ORGÃO EMISSOR:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO: ( )F ( )M

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

ESTADO CIVIL: ( )SOLTEIRO ( )CASADO ( )VIÚVO ( )DESQUITADO ( )DIVORCIADO ( )SEPARADO JUDICIALMENTE ( )OUTROS

ESCOLARIDADE: ( )1º Grau ( )2º Grau ( )Superior ( )Pós-Graduação ( )Mestrado ( )Doutorado

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TEL.FIXO: ( )

CELULAR:( )

E\_MAIL PESSOAL:

E\_MAIL CORPORATIVO:

PATROCINADOR:

CARGO:

LOTAÇÃO:

DATA DE ADMISSÃO:

MATRÍCULA:

Nº BANCO:

Nº AGÊNCIA/DV:

Nº DA CONTA:

**Autorização de desconto** - Ciente do contido no Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciários – GEAPREV, autorizo à Patrocinadora a descontar prioritariamente da minha remuneração mensal, ressalvados os descontos legais, as contribuições por mim devidas em relação ao Plano acima mencionado e proceder o devido repasse à Fundação Viva de Previdência, nos termos definidos no artigo 49 do Regulamento do plano ao qual estou filiado de acordo com a opção inicial a seguir:

Percentual escolhido (3%; 5%; 7%;10%;12%; 15%) para incidir sobre o meu Salário de Contribuição:

\_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ )

Ciente das normas que regulam os regimes tributários de que tratam as Leis nº 9.250/95 e 11.053/04, manifesto minha opção, em caráter irrevogável e irretratável, pelo regime de tributação:

Progressiva

Regressiva

Opção de benefício (aos BENEFICIÁRIOS):

Pecúlio por morte do participante ativo

Pensão temporária por morte do participante ativo Prazo da renda \_\_\_\_\_ (5 a 25 anos)

Solicito minha inscrição nos termos do Estatuto e Regulamento Básico do Plano de Benefícios Previdenciários GEAPREV responsabilizando-me, para fins de direito, pelas informações ora prestadas.

Atesto ainda conhecer o Estatuto e o Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciários – GEAPREV, gerido pela Fundação Viva de Previdência e dou ciência de minha responsabilidade quanto à atualização das informações por mim prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO DO PARTICIPANTE

| PARTICIPANTE  | DOCUMENTOS   |
|---|--|
| Empregado efetivo da<br>GEAP Autogestão em Saúde em atividade | <ul style="list-style-type: none"><li>· Identidade;</li><li>· CPF;</li><li>· Comprovante de Residência;</li><li>· Outros especificados no Convênio de Adesão do respectivo patrocinador.</li></ul> |

**Atenção:** encaminhe o formulário original e a documentação exigida à Fundação Viva de Previdência, com sede no SMAS, Trecho 03, Conjunto 03, Bloco E, Salas 409 a 416 – Ed. The Union Office – Brasília – DF, CEP: 71215-300. Em caso de dúvidas, entre em contato conosco pelo telefone 0800 720 5600.

**\*Pessoa politicamente exposta** aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras **peçoas** de seu relacionamento próximo.

NOME DO TITULAR :

CPF:

---

**BENEFICIÁRIO(S)**

**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:                      NATURALIDADE:                      NACIONALIDADE:                      SEXO: ( ) F ( )

Nº CPF:    Nº IDENTIDADE:                      ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: (    )                                      TELEFONE RESIDENCIAL: (    )                                      E-MAIL:

---

**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:                      NATURALIDADE:                      NACIONALIDADE:                      SEXO: ( ) F ( )

Nº CPF:    Nº IDENTIDADE:                      ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: (    )                                      TELEFONE RESIDENCIAL: (    )                                      E-MAIL:

---

**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:                      NATURALIDADE:                      NACIONALIDADE:                      SEXO: ( ) F ( )

Nº CPF:    Nº IDENTIDADE:                      ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: (    )                                      TELEFONE RESIDENCIAL: (    )                                      E-MAIL:

---

**NOME COMPLETO:**

DATA DE NASCIMENTO:                      NATURALIDADE:                      NACIONALIDADE:                      SEXO: ( ) F ( )

Nº CPF:    Nº IDENTIDADE:                      ORGÃO EXPEDIDOR:

CELULAR: (    )                                      TELEFONE RESIDENCIAL: (    )                                      E-MAIL:

Solicito a inscrição do(s) beneficiários acima, nos termos do Estatuto e Regulamento Básico do Plano de Benefícios Previdenciários GEAPREV responsabilizando-me, para fins de direito, pelas informações ora prestadas e por sua atualização, quando necessário.

Ciente que nas situações de atualização de beneficiário(s) a última atualização sobrepõe as anteriores.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Encaminhar o formulário original à Fundação VIVA de Previdência. Endereço: SMAS Trecho 3, Conj. 3, Bloco E, Salas 409 a 416 - Ed. The Union Office, Brasília – DF, CEP: 71.215-300;

Enviar o formulário e cópia de RG/certidão de nascimento(menores) e CPF de cada beneficiário