

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO E TERMO DE ADESÃO AO PLANO PREVAMAZÔNIA

O proponente abaixo identificado, observada a legislação em vigor, requer sua inscrição, como Participante, no Plano de Benefícios da CAPAF, denominado **PrevAmazônia (CNPB nº 2010.0034-38)**.

Desejo aderir ao Plano PrevAmazônia **SIM () NÃO ()**

				MATRICULA	DOSSIÊ
DADOS DO PROPONENTE					
NOME				CPF	
ADMISSÃO	NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	
R.G.	EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EMISSOR		LOCAL DE NASCIMENTO-UF	
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV, PRAÇA, Nº, APTO., BLOCO, CAIXA POSTAL ETC.)					
COMPLEMENTO			PERÍMETRO		
BAIRRO/DISTRITO		CEP		CIDADE	UF
(DDD) TELEFONE	(DDD) CELULAR	E-MAIL			

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME	CPF	INVÁLIDO	SEXO	NASCIMENTO	PARENTESCO

DADOS DOS DESIGNADOS

NOME	CPF	INVÁLIDO	SEXO	NASCIMENTO	PARENTESCO



OPÇÃO DE DESCONTO DE CONTRIBUIÇÃO

Opção de desconto de **CONTRIBUIÇÃO BÁSICA** sobre o salário de participação: ____%
(_____). Autorizo o desconto das contribuições mensais incidentes sobre o meu Salário de Participação, na folha de pagamento do meu empregador.

Opção de desconto de **CONTRIBUIÇÃO BÁSICA** complementar sobre o salário de participação: ____%
(_____). Autorizo o desconto das contribuições mensais incidentes sobre o meu Salário de Participação, na folha de pagamento do meu empregador. (válido somente para Salário de Contribuição que exceder a 10 (dez) vezes o VRP vigente no mês.)

DECLARAÇÃO

Declaro:

Que tive acesso e li integralmente o Regulamento do Plano de Benefícios e a Cartilha Explicativa, contendo todas as regras do referido Plano de Benefícios, em linguagem simples e acessível, contendo o resumo explicativo das regras do Plano, e que tive acesso aos cálculos para fins de Opção das Contribuições.

Que informarei à Entidade por escrito, qualquer alteração em meus dados cadastrais e de meus beneficiários, no prazo de 30 (trinta) dias a contar do acontecimento e comunicarei qualquer alteração nas condições e dados aqui apresentados.

_____ - _____, _____ de _____ de _____
Local Data

Assinatura

USO EXCLUSIVO DA CAPAF

Aprovado: ____/____/____

Por: _____

