

		<b>FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO PREVIDENCIAL</b>		<b>INSCRIÇÃO PREVIMINAS</b>	
NOME DO PARTICIPANTE			PLANO <b>CD</b>	Nº CNPB	
PATROCINADORA / EMPRESA <b>COHAB</b>		MATRÍCULA EMPRESA	LOCAL DE TRABALHO		DATA DE ADMISSÃO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado			
FILIAÇÃO					
CPF DO PARTICIPANTE		CARTEIRA DE TRABALHO		Nº DA CARTEIRA IDENTIDADE	
ENDEREÇO / LOGRADOURO				Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO / DISTRITO		MUNICÍPIO		UF	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)	TELEFONE COMERCIAL (DDD)	E_MAIL			
Declaro para os devidos fins de direito, conhecer o teor do Estatuto da PREVIMINAS – Fundação de Seguridade Social de Minas Gerais, bem como dos Regulamentos Previdenciais do plano no qual me inscrevo neste ato e cujos dispositivos me obrigo a observar e cumprir. Na qualidade de participante ativo, autorizo a PREVIMINAS a descontar de minha remuneração as contribuições mensais BÁSICA e/ou ADICIONAL para custeio do Plano Previdencial,					
Belo Horizonte, ____ / ____ / ____ . _____ <div style="text-align: right;">Assinatura do Participante</div>					

PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO	Básica:	Adicional:
----------------------------	---------	------------

<b>Beneficiários indicados para Rateio da Pensão e/ou Resgate por Morte</b>	<i>Percentual</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Data Nascimento</i>
1. _____	_____	Cônjuge Companheiro(a)	____ / ____ / ____
2. _____	_____		____ / ____ / ____
3. _____	_____		____ / ____ / ____
4. _____	_____		____ / ____ / ____

**OPÇÃO – LEI 11.053/2004 – TABELA REGRESSIVA DE IMPOSTO DE RENDA**

Opção, em caráter irrevogável, pelo regime de tributação previsto no art. 1º da Lei nº 11.053 de 29 de dezembro de 2004.

Opto pela TABELA REGRESSIVA

Não opto

Alíquota	Período de acumulação dos recursos
35%	Igual ou inferior à 2 anos
30%	Superior à 2 anos e igual ou inferior à 4 anos
25%	Superior à 4 anos e igual ou inferior à 6 anos
20%	Superior à 6 anos e igual ou inferior à 8 anos
15%	Superior à 8 anos e igual ou inferior à 10 anos
10%	Superior à 10 anos

**PREENCHIMENTO PELA PREVIMINAS**

DATA DE ADESÃO	DEFERIMENTO	TEMPO PROVÁVEL DE INSS (ANOS) N/DATA
----------------	-------------	--------------------------------------