

## **TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS NOVO PLANO COPASA**

Termo Individual de Inscrição que entre si firmam a PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MINAS GERAIS e o Empregado da Patrocinadora COPASA – COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS, neste documento denominada Patrocinadora ou COPASA, conforme abaixo identificado:

Matricula Previminas nº	Matricula Patrocinadora nº
Nome do Empregado:	
CPF/MF nº	RG nº

1 – Em face do Plano de Benefícios NOVO PLANO COPASA (CNPB nº 2010.0022-29), administrado pela PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MINAS GERAIS, neste instrumento denominada PREVIMINAS, o qual foi aprovado pelo Órgão Governamental competente, por meio da Portaria nº 469, de 23/06/2010, publicada no D.O.U. de 25/06/2010, venho manifestar, formalmente e de livre e espontânea vontade, meu interesse na inscrição ao referido Plano.

2 - Declaro que me foi disponibilizado o teor do Estatuto, Regulamento do NOVO PLANO COPASA, bem como material explicativo referente a este, sendo que também me foi dado acesso às informações disponíveis no simulador de benefícios, tudo relativo ao Plano antes citado, pelo que declaro, ainda, estar ciente do inteiro teor desses documentos.

3 – Declaro não possuir vinculação com qualquer outro plano de benefícios previdenciários patrocinado pela Patrocinadora COPASA.

4 – Estou ciente de que minha inscrição ao NOVO PLANO COPASA, quando realizada após à admissão na Patrocinadora, implicará na minha condição de Participante do Plano e, por consequência, em concordar com as condições, obrigações e direitos referentes à condição, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

5 – Em decorrência da minha inscrição no Plano, estou ciente de que, as regras de participação, contribuição, elegibilidades e do futuro valor de benefício que irei perceber estarão vinculadas às regras específicas do NOVO PLANO COPASA, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

6 – Estou ciente de que, a partir de minha inscrição no Plano, em caso de cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, sem que tenham sido preenchidas as condições para recebimento dos benefícios assegurados pelo NOVO PLANO COPASA, me será assegurada a opção por um dos institutos previstos na legislação vigente, obedecidas as regras definidas no Regulamento do Plano.

7 – Afirmando ter pleno conhecimento de que, em face de minha opção expressa neste instrumento, poderei inscrever meus respectivos Beneficiários, ou indicar os Beneficiários Designados, caso não possua Beneficiários, conforme informações prestadas no anexo deste instrumento, e que poderei proceder alterações ou novas inscrições em relação a estes, na forma disciplinada no Regulamento do Plano.

8 – Autorizo que seja procedido, enquanto na condição de Participante no NOVO PLANO COPASA, o desconto na Folha de Pagamento da COPASA do valor de minhas contribuições normais e/ou extraordinárias, conforme o caso e se houverem, em consonância com os ditames regulamentares do mencionado Plano, sendo que as contribuições normais obedecerão, inicialmente, o percentual por mim escolhido no anexo deste instrumento.

9 – Manifesto, também, considerando a exigência legal, a minha opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda, conforme consta do anexo deste instrumento, nas modalidades Regressiva ou Progressiva, ciente de todas as informações relativas ao tema, sendo também de meu conhecimento se tratar de opção irretratável, irrevogável e imutável.

10 – Confirmo expressamente que a opção exercida neste instrumento pela inscrição ao NOVO PLANO COPASA é feita por minha livre e espontânea vontade.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MG

Cargo:

Nome:

CPF:

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

**ANEXO AO TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS NOVO PLANO  
COPASA**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

<b>Matrícula Previminas:</b>	<b>Data de Incrição:</b> _____/_____/_____
------------------------------	--

**1) DADOS PESSOAIS**

<b>Nome</b>			<b>Data de Nascimento</b> _____/_____/_____		
<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Naturalidade</b>		
<b>CPF</b>		<b>RG</b>	<b>Emissor</b>	<b>Estado Civil</b>	
<b>Nome do Pai</b>			<b>Nome da Mãe</b>		
<b>Endereço</b>				<b>Nº</b>	<b>Complemento</b>
<b>Bairro</b>		<b>CEP</b>	<b>Cidade</b>		
<b>Telefone Residência</b>			<b>Telefone Serviço e/ou Celular</b>		
<b>Email</b>					

**2) DADOS PROFISSIONAIS**

<b>Patrocinadora</b>	<b>Data de Admissão</b> _____/_____/_____	
<b>Matrícula na Empresa</b>	<b>Carteira Profissional</b>	<b>Série</b>

**3) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

<b>Nome 1</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Grau de Parentesco</b>
<b>Nome 2</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Grau de Parentesco</b>
<b>Nome 3</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Grau de Parentesco</b>
<b>Nome 4</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Grau de Parentesco</b>

**4) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) ( Somente se não for preenchido o item anterior)**

<b>Nome 1</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>
<b>Nome 2</b>	<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>

**5) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE**

Venho pelo presente, solicitar a minha inscrição no Plano e autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento da Patrocinadora ou da forma determinada pela Previminas, correspondente ao percentual do meu salário efetivo, conforme opção abaixo registrada:

**CONTRIBUIÇÃO NORMAL MENSAL INICIAL (%) \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo.**

## 6) OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

<input type="checkbox"/> Tabela Progressiva	<input type="checkbox"/> Tabela Regressiva
---	--

Pessoa politicamente exposta (SIM ou NÃO). Se a resposta for SIM, o Participante deverá preencher o formulário anexo.

## 7) DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido em três vias, datado, assinado e enviado para a área de Recursos Humanos/Benefícios da COPASA ou entregue diretamente na PREVIMINAS, juntamente com a seguinte documentação:

- ✓ Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento de cada beneficiário;
- ✓ Comprovante de residência do requerente;
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho onde conste a admissão na Patrocinadora; e
- ✓ Outros documentos que a Entidade ou a Patrocinadora acharem necessários.

O deferimento do pedido de inscrição, pela PREVIMINAS, dependerá da apresentação de todos os documentos exigidos.

### Declaração:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a PREVIMINAS poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas.

Comprometo-me ainda, toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, a informar prontamente a PREVIMINAS.

## 8) ASSINATURAS

### Campo a ser preenchido pelo Participante/Participante Fundador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do PARTICIPANTE/PARTICIPANTE FUNDADOR

### Campo a ser preenchido pela área de Recursos Humanos/Benefícios da COPASA

Data do recebimento dos documentos \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Recebido por: (nome) \_\_\_\_\_ (assinatura) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da PATROCINADORA

**Campo a ser preenchido pela PREVIMINAS**

Data do recebimento dos documentos \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Recebido por: (nome) \_\_\_\_\_ (assinatura) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da PREVIMINAS