



## PREVIDÊNCIA BRB - Plano de Benefícios RegiusPrev

CNPB: 2021.0035-74 | CNPJ: 48.307.801/0001-20  
SAC: 0800 000 2977 | WhatsApp: (61) 9 9806-2811  
www.previdenciabrb.org.br  
relacionamento@previdenciabrb.org.br

### Requerimento de Inscrição

#### 1. DADOS INSTITUCIONAIS DO PROPONENTE

Matrícula:	Data de admissão:
Patrocinadora:	Aposentado pelo RPPS: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

#### 2. DADOS PESSOAIS DO PROPONENTE (utilize os códigos da legenda para preencher campo sexo e estado civil)

Nome:		
Endereço:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail:
Banco:	Agência:	Conta corrente:
Data de Nascimento:	CPF:	Nº Identidade/Org.Emissor:
Data emissão da identidade:	Cód. Sexo:	Cód. Estado Civil:

#### 3. TERMO DE ADESÃO

**SIM**, tenho interesse em participar do Plano de Benefícios RegiusPrev, administrado pela Previdência BRB, e constituir Reserva de Poupança Individual.

Para viabilizar o pedido de inscrição, autorizo o Patrocinador a compartilhar os meus dados pessoais de cadastro com a Previdência BRB, bem como outras informações mínimas exigidas pela legislação em vigor. Estou ciente e autorizo a Previdência BRB realizar análises no meu cadastro, inclusive de risco de crédito.

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709, de 14/08/2018), autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para permitir que a Previdência BRB me identifique e entre em contato comigo, em razão da inscrição no Plano de Benefícios; para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente previdenciária; para procedimentos de admissão e execução do contrato de adesão ao Plano de Benefícios, inclusive após seu término; e para cumprimento, pela Previdência BRB, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Assim sendo, autorizo a referida Patrocinadora, uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios RegiusPrev. Para tanto estabeleço o percentual da contribuição pessoal normal em \_\_\_\_\_%.

**(Neste caso favor preencher os campos 4, 5, 6, 7 e 8).**

**NÃO** tenho interesse em participar do Plano de Benefícios RegiusPrev, administrado pela Previdência BRB.  
**(Dispensa o preenchimento dos campos 4, 5, 6, 7 e 8).**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do requerente

#### 4. DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS (utilize os códigos da legenda para preencher os campos)

Nome	Data nascimento	Cód. Sexo	Cód. Estado Civil	Cód. Parentesco	Percentual Pecúlio

<b>LEGENDA</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Grau de parentesco</b>		
	01 - Masculino 02 - Feminino	01 - Solteiro 04 - Viúvo 02 - Casado 05 - Divorciado 03 - Sep. Judicial	01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a)	04 - Filho(a) Inválido(a) 05 - Enteado(a) 06 - Pai	07 - Mãe 08 - Irmão 09 - Outros: _____

## 5. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023

1 - Considera-se enquadrado(a) como **PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)\*?**

Sim  Não

\*São consideradas pessoas expostas politicamente: detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União, ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União de ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente, presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta, grupo de Direção e Assessoramento Superiores (DAS), nível 6 ou equivalente, membros do Conselho Nacional de Justiça, do STF, Tribunais Superiores, entre outros previstos na Resolução PREVIC 23/2023.

2 - Há familiares (parentes, na linha reta, até o segundo grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) que possam estar enquadrados como **PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE** na mesma situação?

Sim  Não

## 6. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1.571, DE 02/07/2015

FATCA é uma lei que determina que as Instituições Financeiras Estrangeiras (FFIS) devem identificar em sua base de clientes as "US Persons", de forma a garantir o repasse de informações anuais de operações de contas mantidas por cidadãos americanos para a receita federal dos Estados Unidos, nos termos do acordo para troca de informações assinado pelo Brasil com a receita federal americana.

Serão considerados US Persons os participantes que possuam pelo menos 1(uma) das seguintes características: 1. Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos; 2. Detentores de Green Card; 3. Local de nascimento nos Estados Unidos; 4. Residência permanente nos Estados Unidos ou presença substancial (se ficou nos Estados Unidos pelo menos 31(trinta e um) dias no ano corrente e/ou 183 (cento e oitenta e três) dias nos últimos 3(três) anos; 5. Outras características que possam ser indicadas na regulamentação a ser publicada pela RFB.

Considera-se, para os devidos fins de direito sob as penas da lei, como **US PERSON**?  Sim  Não

## 7. ASSINATURA DO REQUERENTE

Na qualidade de empregado da Patrocinadora acima assinalada, declaro haver recebido o Estatuto da Previdência BRB, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios RegiusPrev.

**Declaro, para todos os fins, sob as penas da Lei, que as informações, dados pessoais e documentos prestados para a inscrição no Plano de Benefícios, são verdadeiros e autênticos, fiéis à verdade e condizentes com a minha realidade. Fico ciente por meio deste documento que a falsidade das declarações configura crime previsto na legislação Penal Brasileira, passível de apuração na forma da Lei.**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

## 8. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

À Diretoria de Benefícios e Administração para Homologação

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo do(a) Titular da Unidade

Para uso da Diretoria:

Homologado  Não Homologado

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo do(a) Diretor(a) da Unidade

PREVIDÊNCIA  
**BRB**