

TRIBUTAÇÃO DEFINITIVA – ALÍQUOTAS REGRESSIVAS

1. DADOS DA EMPRESA

Nome completo da Empresa (sem abreviação) FUNDAÇÃO REGIONAL INTEGRADA – FURI			CNPJ 96.216.841/0001-00		
Endereço Completo Rua universidade das Missões 464					
Bairro Universitário		Cidade Santo Ângelo		UF RS	CEP 98802-470
FILIAL					

2. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo					CPF	
Data de Nascimento / /	RG	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /	Proponente em Condições de Dependente (1) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil		Atividade Profissional			
Renda Individual/Salário (R\$)			Renda Familiar (R\$)			
Endereço Completo						
Bairro		Cidade		UF	CEP	
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Comercial	DDD	Telefone Celular	
Receber Informações Via: <input type="checkbox"/> Impresso <input type="checkbox"/> Eletrônico			E-mail			

CNPJ: 03.730.204/0001-76

(1) O proponente menor de 16 ou 18 anos, respectivamente, é representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores.

3. DADOS DO PRODUTO

Idade de saída 65 anos (Masculino)	Idade de saída 60 anos (Feminino)	Indexador dos Benefícios e Contribuição IPCA / ANUAL	Indexador de Reservas no Pagamento de Benefícios IPCA / MENSAL	Tábua Biométrica (Benefício Básico) AT 2000	Taxa de Juros no Pgto de Benefícios 0% a.a
Excedente Financeiro no Pgto de Benefícios 80%			Rentabilidade Divulgada por: Valor Econômico		

Fundo de aplicação Financeira

CAIXA FIC PREV 70 RF
Aprov. Proc. SUSEP: 15414.005532/2001-18
CNPJ do FIFE: 08.070.846/0001-00

(2) Caso o participante queira optar por outro fundo é necessário o preenchimento do formulário 192.

4. BENEFÍCIO BÁSICO (3)

Tipo Renda Vitalícia	Periodicidade de Pagamento MENSAL	% do salário
-------------------------	--------------------------------------	--------------

A taxa de carregamento na entrada e saída é de 0% (zero por cento) sobre o valor das contribuições para o benefício de sobrevivência.

Para o resgate da reserva constituída pelas contribuições, dos participantes, deve observar a carência de 60 dias para o 1º evento e intervalo de 60 dias para os demais.

Nos casos de transferência interna e externa de reserva, a carência é de 60 dias para todos os eventos.

É permitido resgate parcial, desde que, o saldo remanescente no futuro não seja inferior a R\$ 150,00.

6. BENEFICIÁRIO (6)

Nome	Data Nascimento	Código	Participação nos Benefícios (%)		
			Provisão / Renda	Pensão Prazo Certo	Pecúlio

Código de Parentesco: 01-Cônjuge 02-Companheiro(a) 03-Filhos 04-Pais 05-Irmãos 06-Outros
 Caso seja necessária a inclusão de outros beneficiários, utilizar o MN FOP 024.

(6) Quando o percentual de participação não for indicado, o rateio do benefício é realizado, proporcionalmente, entre os beneficiários correspondentes. Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou na falta deles, serão considerados como tais os sucessores legítimos, definidos no art. 792, do novo código civil.

7. DADOS DO CORRETOR

Código 10.010954-1	Nome FPC PAR CORRETORA DE SEGUROS S/A
-----------------------	--

8. DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO REGIME TRIBUTÁRIO

Declaro estar ciente dos regimes e critérios de tributação tratados na Lei nº 11.053/2004, optando pelo regime de tributação pelo qual os valores pagos a título de benefícios ou resgates sujeitam-se à incidência definitiva de IR na fonte, de acordo com as alíquotas regressivas apresentadas no art. 1º desta Lei.

IMPORTANTE:

- 1 – Declaro que obtive prévio e expresso conhecimento de todos os termos constantes no contrato, proposta e regulamento do plano, ao qual estou aderindo e, que posso a qualquer momento, mediante solicitação à CAIXA PREVIDÊNCIA, alterar meus beneficiários e a modalidade de recebimento de informações referente a este plano;
- 2 – Caso o empregado-participante se desligue da empresa, o mesmo pode contratar um plano individual equivalente;
- 3 – A Empresa tem um prazo de 15 dias corridos para aceitação da proposta, contados a partir da data de seu protocolo de entrada.

Local	Data / /	Assinatura do Participante (obrigatória)
Local	Data / /	Assinatura do responsável (apenas para proponente menor de 16 ou 18 anos)

1ª VIA – CAIXA PREVIDÊNCIA
 2ª VIA – PARTICIPANTE