

TERMO DE ADESÃO

PLANO DE APOSENTADORIA

SOLVAYPREV

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO			CPF	
PRONTUÁRIO Nº	LOCAL DE TRABALHO (UNIDADE)	ÁREA	DEPARTAMENTO	
EMPRESA PATROCINADORA				
TELEFONE (DDD)	CELULAR (DDD)	E-MAIL		

2. INSCRIÇÃO AO PLANO DE APOSENTADORIA SOLVAYPREV

Eu, empregado acima identificado declaro ter ciência de que a Empresa Patrocinadora a qual estou vinculado instituiu, junto à PRhospers-Previdência Rhodia, o Plano de Aposentadoria SolvayPrev (Plano) ao qual sou elegível.

Para que eu me torne Participante Ativo do referido Plano devo requerer a minha inscrição formalizando o presente FORMULÁRIO.

Estou ciente que independentemente da minha opção por contribuir ou não, desde que eu opte pela minha inscrição no Plano, a Empresa Patrocinadora efetuará uma Contribuição Básica mensal equivalente a 1% sobre o total do meu Salário de Contribuição, que será creditada em uma conta individual em meu nome.

- Quero aderir e contribuir** ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev.
- Quero aderir** (somente a Patrocinadora contribui), e não contribuir neste momento ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev. Estou ciente que a qualquer momento poderei exercer a opção pela minha Contribuição Normal em formulário próprio a ser encaminhado à PRhospers.
- Não quero aderir** ao Plano de Previdência oferecido pela Patrocinadora sabendo que neste caso não receberei a Contribuição Básica e Adicional de Patrocinadora.

Estou ciente que a qualquer momento poderei exercer a adesão ao Plano em formulário próprio a ser encaminhado à PRhospers ciente que a Contribuição Básica somente terá início no mês subsequente à minha adesão.

Declaro estar ciente das regras do Plano de Aposentadoria SolvayPrev.

Declaro ter recebido nesta data uma cópia do estatuto da PRhospers e do Regulamento do Plano de Aposentadoria SolvayPrev.

Declaro estar ciente da Política de Investimentos da PRhospers Previdência Rhodia, bem como, dos riscos decorrentes de investimentos no mercado financeiro.

▶ **CONTRIBUIÇÃO NORMAL DO PARTICIPANTE (OPCIONAL)**

- Assinale a seguir as **OPÇÕES 3** ou **4**, CONFORME SEU SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO.

1 UPS (Unidade Previdenciária Solvay) = R\$ 5.689,21 - Dez/2020, atualizada anualmente pelo INPC. Consulte o valor atualizado.

3. CONTRIBUIÇÃO NORMAL DO PARTICIPANTE COM SALÁRIO ATÉ 1 UPS

- Eu, empregado identificado, opto por efetuar **Contribuição Normal** ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev, ficando a Empresa Patrocinadora **autorizada a descontar mensalmente da minha folha de salário**, o valor correspondente a **1% aplicado sobre o meu Salário de Contribuição**.

Estou ciente que a Patrocinadora efetuará uma Contribuição Adicional correspondente a 150% da minha Contribuição Normal de Participante.

No caso do meu Salário de Contribuição, convertido em UPS, vir a ser reajustado ultrapassando o limite de 1 UPS, **desde já autorizo a Empresa Patrocinadora a descontar mensalmente da minha folha de salário 1% sobre a parcela do Salário de Contribuição que exceder 1 UPS, até que eu manifeste por escrito a alteração de contribuição normal entre as opções do item 4 a seguir.**

*** Lembre-se de revisitar esta opção quando o seu salário ultrapassar 1 UPS ***

4. CONTRIBUIÇÃO NORMAL DO PARTICIPANTE COM SALÁRIO ACIMA DE 1 UPS

- Eu, empregado identificado, opto por **efetuar Contribuição Normal ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev** ficando a Empresa Patrocinadora autorizada a descontar mensalmente da minha folha de salário os seguintes valores:

A) 1% (fixo) sobre a parcela do Salário de Contribuição até 1UPS acrescido do percentual assinalado abaixo

B) 1% 2% 3% 4% 5% 6% sobre a parcela de Salário de Contribuição que exceder 1UPS.

Estou ciente que a Patrocinadora efetuará uma **Contribuição Adicional** correspondente a 150% da minha Contribuição Normal do Participante.

5. OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE ESTA OPÇÃO É IRRETRATÁVEL E NA FALTA DE OPÇÃO SEREI ENQUADRADO AUTOMATICAMENTE NO REGIME PROGRESSIVO.

- Regime Tributário Regressivo – Lei 11.053 de 29/12/2004.**

Os resgates ou os benefícios de aposentadoria são tributados na fonte conforme a Tabela Regressiva. A tributação é definitiva, não havendo a possibilidade de ajuste na declaração anual do Imposto de Renda.

Prazo de Acumulação dos Recursos	Alíquota de imposto na fonte
Até 2 anos	35 %
A partir de 2 até 4 anos	30 %
A partir de 4 até 6 anos	25 %
A partir de 6 até 8 anos	20 %
A partir de 8 até 10 anos	15 %
A partir de 10 anos	10 %

Regime Tributário Progressivo

Os resgates são tributados na fonte pela alíquota de 15% e os benefícios de aposentadoria são tributados na fonte conforme a Tabela Progressiva vigente na época do pagamento. Os valores do imposto pago na fonte devem ser ajustados na declaração anual do Imposto de Renda.

6. DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Estou ciente que, conforme disposto na Seção III do Capítulo VIII do Regulamento do Plano SolvayPrev, em caso de meu falecimento, os beneficiários são as pessoas físicas indicadas abaixo, e na ausência destes, meus herdeiros legítimos, observadas as disposições do Código Civil Brasileiro e da legislação civil pertinente à sucessão, e na ausência destes, o testamentário, observadas as demais disposições previstas na Seção V do Capítulo III do Regulamento do Plano SolvayPrev.

Nº Ordem	Nome completo do beneficiário indicado	CPF (obrigatório)	Data de nascimento	Grau de parentesco	Escolaridade	Rateio (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Importante: Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração nos dados informados.

7. DECLARAÇÃO DE PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTA

Conforme disposição da Instrução Normativa 20 de 01/fevereiro/2008 – Secretaria Previdência Complementar – solicitamos responder:

O Participante desempenha ou desempenhou nos últimos 5 anos, emprego ou função pública relevante

Sim Não

O Participante tem familiares: cônjuge, filhos, companheiro(a), enteado (a), que desempenharam nos últimos 5 anos emprego ou função pública relevante.

Sim **Grau de Parentesco** _____ Não

▶ INSTRUÇÕES

- Enviar original para: **PRhospers Previdência Rhodia - CENESP - BLOCO B - 1º andar.**

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
(igual ao documento CPF ou RG)

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PRHOSPER

DATA: _____ / _____ / _____ VISTO: _____