

PLANO DE APOSENTADORIA - INSCRIÇÃO

Nome Completo (em letra de forma):	<input type="text"/>		
Empresa / Matrícula:	<input type="text"/>		
Telefone p/ Contato:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>

Instruções para Preenchimento

- O preenchimento de todos os campos é obrigatório;
- O empregado somente fará jus às contribuições efetuadas pela Patrocinadora ao Plano a partir de sua efetiva formalização de inscrição como Participante do Plano;
- A não formalização da inscrição do empregado como Participante do Plano não gera quaisquer direitos sobre as contribuições ou benefícios previstos no Plano de Aposentadoria;
- A opção pelo Regime de Tributação poderá ser exercida até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano de Aposentadoria, conforme faculdade prevista na Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, sendo irretratável mesmo nas hipóteses de Portabilidade dos Recursos;
- Somente será aceito o formulário devidamente assinado e datado pelo Participante;
- **Após o preenchimento deste formulário, favor encaminhar para a São Rafael Sociedade de Previdência Privada, à Rua do Carmo, 11 – Sala 401 – Centro – RJ – Cep:20.011-020.**

Obs.: O certificado que será impresso ao final deste documento pertence ao participante e não deve ser entregue à São Rafael junto com o formulário preenchido.

Declaração do Participante

Na condição de empregado de empresa Patrocinadora, manifesto a seguir, nos termos do item 3.2 do Regulamento do Plano, minha opção em relação a participação no Plano:

SIM. Desejo participar do Plano de Aposentadoria administrado pela São Rafael Sociedade de Previdência Privada e autorizo a patrocinadora a descontar mensalmente de meu salário, a contribuição básica, conforme minha opção abaixo assinalada.

Na condição de Participante do Plano, tenho interesse em:

Contribuir, mensalmente, para o Plano de Aposentadoria com:

(3%, 4% ou 5%) do meu Salário Aplicável a título de Contribuição Básica, autorizando o desconto diretamente na Folha de Pagamento da Patrocinadora. Neste caso, a Patrocinadora efetuará a Contribuição Ordinária equivalente a 50% dessa Contribuição Básica, conforme item 6.2.3.4 do Regulamento do Plano. Estas contribuições integrarão a Conta Suplementar Total.

O desconto da Contribuição Básica será efetuado mensalmente, 12 vezes ao ano.

Não contribuir para o Plano de Aposentadoria. Neste caso, se aplicável, haverá apenas a Contribuição Principal da Patrocinadora, conforme item 6.2.1 do Regulamento do Plano. Esta contribuição integrará a Conta Primária Total.

Não tenho interesse em participar do Plano de Aposentadoria administrado pela São Rafael, mesmo ciente de suas condições constantes do respectivo Regulamento.

Situação da Admissão

1ª Admissão

Readmissão

Beneficiários Indicados para o Caso de Falecimento

Como Participante do Plano de Aposentadoria das Patrocinadoras da São Rafael Sociedade de Previdência Privada indico como beneficiários para o caso de falecimento:

Nome do Beneficiário	Data de Nascimento	Sexo	Parentesco (se houver)	% Rateio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

O preenchimento de todos os campos é obrigatório.

Opção pelo Perfil de Investimento**(O preenchimento de todos os campos é obrigatório)**

Conforme faculdade prevista no item 6.5.1 do Regulamento do Plano, autorizo a São Rafael Sociedade de Previdência Privada a aplicar os recursos a serem alocados na Conta Primária Total e na Conta Suplementar Total, quando aplicável, no seguinte perfil de investimento:

A cota Renda Mista tem como característica aplicações em Fundos de Renda Fixa e de Renda Variável (Fundo de Ações). A cota Renda Fixa não tem aplicações em Fundos de Renda Variável. Por causa disso a Renda Mista tem uma volatilidade/risco maior que Renda Fixa.

Conta Primária Total:

Renda Fixa Renda Mista

Conta Suplementar Total:

Renda Fixa Renda Mista

Declaro estar ciente que a não formalização do perfil de investimento neste formulário implica no consentimento automático que as contribuições sejam aplicadas no perfil Renda Mista indicado na política de investimentos do Plano.

Declaro que tenho conhecimento das normas vigentes relativas à prestação de benefícios pela São Rafael Sociedade de Previdência Privada, da qual a Xerox Comércio e Indústria Ltda é a patrocinadora principal.

Declaro ter ciência de que o objetivo e a política de investimento do perfil escolhido não constituem promessa de rentabilidade e assumo os riscos decorrentes do investimento neste perfil, ciente da possibilidade de eventuais perdas.

Comprometo-me a respeitar e observar as normas e o Regulamento em vigor, bem como as que vierem a ser determinadas pela São Rafael.

Declaro ainda que recebi da São Rafael, cópia do Estatuto Social, Regulamento do Plano de Aposentadoria, bem como o material explicativo sobre este Plano, conforme dispõe o parágrafo 1º do Art. 10 da Lei nº 109, de 29/5/2001.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

O preenchimento de todos os campos é obrigatório.

Opção pelo Regime de Tributação

Declaro ter conhecimento da legislação que dispõe sobre a tributação dos planos de benefícios de caráter previdenciário e da possibilidade de optar pelo regime alternativo de tributação (regressivo), de que trata a Lei 11.053, de 29/12/2004.

Estou ciente de que a opção pelo regime alternativo de tributação deverá ser formalizada pelo Preenchimento do formulário anexo até o último dia útil do mês subsequente ao meu ingresso como participante deste Plano de Aposentadoria.

Também estou ciente da irrevogabilidade de minha opção e que a sua não formalização dentro do prazo legal, implicará na permanência no regime de tributação progressivo vigente na época da percepção do benefício.

Em relação ao regime de tributação do Imposto de Renda na Fonte, assinalo a seguir a minha opção, de caráter irreversível e irretroatável, declarando estar ciente da legislação vigente:

Opção A: Tabela Progressiva

Nesta opção, caso ocorra o resgate de contribuições efetuadas para o Plano, o Imposto de Renda será calculado à alíquota de 15%, como antecipação do imposto devido na Declaração de Ajuste Anual. Na hipótese de recebimento de benefício mensal, sobre o valor pago, o imposto de renda será calculado com base na tabela progressiva mensal, a partir das seguintes alíquotas:

Base de Cálculo	Alíquota %	Parcela ao Deduzir do Imposto (R\$)
Até 1.903,98	-	-
De 1.903,99 até 2.826,65	7,5	142,80
De 2.826,66 até 3.751,05	15	354,80
De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	636,13
Acima de 4.664,68	27,5	869,36

Opção B: Tabela Regressiva

Neste novo regime, o cálculo do imposto de renda leva em consideração o prazo em que os recursos permanecerem no Plano. Tanto no recebimento do resgate de contribuições ou de benefício mensal, a incidência do imposto de renda é de caráter definitivo, não podendo ser compensado na Declaração de Ajuste Anual. Sobre o valor pago, sem qualquer dedução, o imposto de renda será calculado com base na tabela regressiva, de acordo as alíquotas relacionadas a seguir:

Prazo de Acumulação	Alíquota
Inferior ou igual a 2 anos	35%
Superior a 2 anos e inferior ou igual a 4 anos	30%
Superior a 4 anos e inferior ou igual a 6 anos	25%
Superior a 6 anos e inferior ou igual a 8 anos	20%
Superior a 8 anos e inferior ou igual a 10 anos	15%
Superior a 10 anos	10%

Estou ciente de que os valores e as alíquotas indicadas nas Opções A e B acima, não podem ser asseguradas e estão sujeitas às alterações segundo a legislação pertinente e, ainda, que o prazo de acumulação, de acordo com a Lei 11.053, será contado a partir de 1/1/2005.

Estou ciente que o Regulamento do Plano e o Manual para Novos Empregados estão disponíveis 24 h por dia durante 7 dias da semana no site www.saorafaelprevidencia.com.br. Atesto que recebi quando assinei esta ficha de inscrição o Certificado do Participante com um resumo dos benefícios do Plano.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Participante por Extenso: _____

DECLARAÇÃO

Nome Completo (em letra de forma):	<input type="text"/>		
Empresa / Matrícula:	<input type="text"/>		
Telefone p/ Contato:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>

Para fins de atendimento à Instrução Normativa da Secretaria de Previdência Complementar nº 26 de 01/09/2008 , DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

- Não me enquadro na definição de pessoa politicamente exposta, tal como definido abaixo .
- Enquadro-me na definição de pessoa politicamente exposta, tal como definido abaixo.

De acordo com o artigo 2º, item III, da Instrução Normativa nº 26, pessoa politicamente exposta é o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Observações:

1. O prazo de cinco anos deverá ser contado retroativamente, a 2 de setembro de 2008, data da publicação da Instrução Normativa nº 26 para os que já forem participantes ou assistidos da Entidade, ou a partir da data de início da relação jurídica estabelecida com a Entidade, para os novos participantes e assistidos;
2. São considerados familiares os parentes na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.
3. Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União: de ministro de Estado ou equiparado; de natureza especial ou equivalente, de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista, e do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os governadores de Estado e Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembléia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho

de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais e de Estado.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

CERTIFICADO DO PARTICIPANTE – Não deve ser devolvido a São Rafael

É um documento legal conforme Resolução CGPC nº 23/2006, que indica os requisitos que regulam a admissão e manutenção da qualidade de participante do Plano, bem como os requisitos de elegibilidade e a forma de cálculo dos benefícios oferecidos pelo plano: Aposentadoria Normal, Incapacidade, Pensão por Morte e Benefício Mínimo por Incapacidade e Pensão por Morte.

Este documento é disponibilizado para todo pretendente ao plano, assim como seus participantes.

Requisitos para admissão e manutenção da qualidade de participante**Admissão****• Critério de Elegibilidade:**

Serão elegíveis a tornarem-se Participantes Ativos deste Plano os Empregados de Patrocinadora que não estavam inscritos no Plano de Aposentadoria Anterior e os admitidos após a Data da Efetiva de Reformulação do Plano que venham a aderir a este.

O Empregado de Patrocinadora, que estiver com seu contrato de trabalho suspenso ou interrompido, será elegível a tornar-se Participante Ativo assim que cessar a citada suspensão ou interrupção desde que retorne ao exercício de suas funções.

- Para tornar-se participante ativo o empregado deverá requerer a inscrição preenchendo o formulário exigido pela Sociedade, onde, dentre outras informações indicará os seus beneficiários e autorizará os descontos que serão efetuados no seu salário e creditados a São Rafael Sociedade de Previdência Privada como sua contribuição para a Conta mentar Total do Plano;
- O empregado somente fará jus à contribuição da Patrocinadora a partir da efetiva formalização de inscrição como participante;
- A não formalização da inscrição não gera qualquer direito sobre contribuições ou benefícios previsto neste plano.
- A inscrição pode ser requerida a qualquer tempo, mas o Serviço Contínuo será contado a partir da data de admissão na Patrocinadora.

Manutenção da qualidade de participante

- Perderá a condição de participante ativo aquele que deixar de ser empregado da Patrocinadora, ou se tornar participante vinculado, assistido, autopatrocinado ou ex-participante;
- Serão Participantes Vinculados: Aqueles Participantes que optam pelo Benefício Proporcional Diferido;
- Serão Participantes Assistidos: Aqueles Participantes que receberem um Benefício mensal;

- Serão Participantes Autopatrocinaados: Aqueles participantes que tenham cessado o seu vínculo empregatício com a Patrocinadora, não sejam elegíveis a aposentadoria normal e tenham optado em permanecer contribuindo para o Plano. Também são considerados autopatrocinados os participantes ativos que tiverem redução parcial ou perda total de sua remuneração com a Patrocinadora e que optarem em permanecer no Plano como autopatrocinado.

- Serão Ex-Participantes:

Aqueles Participantes que solicitarem cancelamento ou tiverem cancelada sua inscrição no Plano, nos termos previstos no Regulamento;

Deixarem de ser empregados da Patrocinadora e tenham optado pelo Resgate ou Portabilidade. Não tenham optado pelo Autopatrocínio ou pelo Benefício Proporcional Diferido;

Aqueles Participantes que receberem Benefício Mínimo;

O participante autopatrocinado que tiver a inscrição cancelada automaticamente ou efetuar a desistência voluntária da condição assumida como autopatrocinado.

Requisitos de elegibilidade e forma de cálculo dos benefícios

BENEFÍCIO	ELEGIBILIDADE	FORMA DE CÁLCULO
Aposentadoria Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Término do Vínculo empregatício do participante ativo; • Participante ativo ou autopatrocinado deverá atingir a idade de 55 anos e no mínimo 3 anos de Serviço Contínuo. 	100% do saldo da Conta Primária Total na data do cálculo + 100% do saldo da conta Suplementar Total na data do cálculo
Incapacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Ter cessado qualquer pagamento de complementação de auxílio doença pela Patrocinadora; • Ser elegível a um benefício de aposentadoria por invalidez ou auxílio doença pela Previdência Social; • Incapacidade atestada por clínico credenciado pela Sociedade após o 15º dia de Incapacidade, desde que tenha pelo menos 90 dias de Serviço Contínuo (imediatamente em caso de acidente de trabalho), observadas as restrições fixadas no item 7.3 do Regulamento. 	100% do saldo da Conta Primária Total na data do cálculo + Saldo da Conta Projetada + 100% do saldo da Conta Suplementar Total na data do cálculo *Saldo da Conta Projetada: considera a evolução do tempo de serviço até a idade de 55 anos. Capitalizadas mensalmente pelo percentual equivalente a taxa real de juros anual da meta atuarial. (Item 2.55 do Regulamento)

BENEFÍCIO	ELEGIBILIDADE	FORMA DE CÁLCULO
Pensão por Morte	<ul style="list-style-type: none"> • Concedida aos beneficiários de participante ativo ou autopatrocinado que vier a falecer; • O participante deverá ter pelo menos 90 dias de serviço contínuo (imediatamente em caso de acidente de trabalho); • A elegibilidade do beneficiário do participante assistido é imediata. 	<p>Forma de cálculo para participante ativo ou autopatrocinado antes da elegibilidade a um benefício por este plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 - O benefício será calculado sobre o saldo correspondente ao maior valor entre A e B, onde: <ul style="list-style-type: none"> - A = 100% do saldo da Conta Primária Total na data do cálculo. - B = 80% (saldo da Conta Primária Total na data do cálculo + saldo da Conta Projetada) • Saldo da Conta Projetada: considera a evolução do tempo de serviço até a idade de 55 anos. Capitalizadas mensalmente pelo percentual equivalente a taxa real de juros anual da meta atuarial. (Item 2.55 do Regulamento) • 2 - Ao maior valor encontrado no item acima (A ou B) será acrescido 100% do saldo da Conta Suplementar Total. • No caso do falecimento do participante assistido seus beneficiários poderão optar pelo pagamento único de até 25% do saldo existente no Plano na data do falecimento e pela continuação do recebimento do benefício mensal que vinha sendo pago ao assistido, ou o valor do saldo remanescente da Conta Primária Total e, quando for o caso, o saldo remanescente da Conta Suplementar Total e do Saldo de Conta Projetada sob a forma de pagamento único. • O benefício de pensão por morte será rateado observando-se o percentual indicado pelo Participante para cada um dos beneficiários. <p>Ocorrendo o falecimento de um dos beneficiários o saldo remanescente será pago ao herdeiro legal do Beneficiário conforme descrito no item 7.4.2.4.</p>
Benefício Mínimo	<ul style="list-style-type: none"> • Será elegível o participante ativo, autopatrocinado ou o Beneficiário que tenha direito ao benefício por Incapacidade ou Pensão Morte; • Quando o valor do benefício por Incapacidade ou por Morte for inferior ao Benefício Mínimo, será pago o Benefício Mínimo. 	<p>Não está incluído neste cálculo o saldo da Conta Suplementar Total;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 X Salário Base do Participante na data do término do vínculo empregatício X SCA/30; • SCA = Serviço Creditado Aplicável. • O Benefício calculado sobre o Saldo da Conta Suplementar Total será pago em forma de pagamento único desde que o benefício suplementar seja inferior a 1 (uma) UR.

Contribuições para o Plano:

Conta Suplementar Total: Formada pelas Contribuições do Participante e Patrocinadora (Ordinária)

- Contribuições do Participante para aderir ao Plano:
 - > Contribuição Básica – Corresponde a 3%, 4% ou 5% do salário do Participante.
- Contribuição da Patrocinadora:
 - > Contribuição Ordinária – Corresponde a 50% da contribuição do Participante

Exemplo:

- Salário: R\$6.000,00
- Percentual escolhido pelo Participante: 5%
- Contribuição Básica do Participante = R\$6.000,00 X 5% = R\$300,00
- Contribuição Ordinária da Patrocinadora = **R\$150,00**

Conta Primária Total: Formada pela Contribuição da Patrocinadora denominada Principal

- Contribuição Principal:

Para os Participantes com Salário igual ou superior a 15 (quinze) UR, a Patrocinadora efetuará Contribuição Principal, cujo percentual será determinado de acordo com o respectivo tempo de Serviço Contínuo, conforme tabela abaixo, e aplicado sobre a parcela do Salário do Participante Ativo que exceder a 10 (dez) UR :

Tempo de Serviço Contínuo (em anos completos)	Percentual de Contribuição
0 - 04	8%
5 - 09	10%
10 - 14	12%
15 - 19	14%
20 - 24	16%
25 ou mais	18%

- Valor da UR = R\$ 377,82;
- 15 (quinze) UR = R\$ 5.667,30 (limite mínimo para contribuição Principal);
- 10 (dez) UR = R\$ 3.778,20 (parcela a deduzir do salário);
- Salário do Participante = R\$ 6.000,00 (superior a 15 UR);
- Base para Cálculo da contribuição Principal = R\$ 6.000,00 – R\$ 3.778,20 = R\$ 2.221,80
- Tempo de Serviço Contínuo na Patrocinadora = 4 anos;
- Percentual a ser aplicado sobre o salário conforme tabela acima = 8%
- Contribuição Principal da Patrocinadora = R\$ 2.221,80 X 8% = **R\$ 177,74**

Resumo das Contribuições:

Para o participante com salário de R\$6.000,00 que tenha aderido ao Plano às contribuições serão:

- Contribuição Básica do Participante = R\$ 300,00

- Total da Contribuição Mensal da Patrocinadora = R\$ 150,00 + R\$ 177,74 = R\$ 327,74