

Plano SolvayPrev

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME SOCIAL COMPLETO*			CPF*		
SEXO*	DATA DE NASCIMENTO*	NATURALIDADE	NACIONALIDADE		
RG*	ÓRGÃO EXPEDITOR*	UF DO RG*	NOME DA MÃE*		
ESTADO CIVIL	ENDEREÇO RESIDENCIAL*				
NÚMERO*	COMPLEMENTO*	BAIRRO*	CIDADE*	UF*	CEP*
PLANO*			PROFISSÃO		
SALÁRIO			DATA DE ADMISSÃO*		
RESIDENTE NO EXTERIOR?	PAÍS DE RESIDÊNCIA	ZIP CODE	NIF		
☐ SIM ☐ NÃO					
EMPRESA PATROCINADORA (EMPREGADOR)*					
TELEFONE COM DDD	CELULAR COM DDD*		PEP**		
()	()		☐ SIM ☐ NÃO		

* Campo de preenchimento obrigatórios

** Pessoa Exposta Politicamente (PEP): são consideradas Pessoas Expostas Politicamente (PEP) os ocupantes de cargos e funções públicas listadas na Resolução Coaf no 40, de 22 de novembro de 2021 (§§ 1o, 2o e 3o do art. 1o) nos últimos cinco anos.



Plano SolvayPrev

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 a **OPÇÃO 3** ou **OPÇÃO 4**, CONFORME SEU SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO.

1 UPS (Unidade Previdenciária Solvay) = R\$ 7.657,69 até Nov/2026, atualizada anualmente pelo INPC.

Consulte o valor atualizado no site da PRhospers.

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 ***



Plano SolvayPrev

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. PERFIL DE INVESTIMENTOS

- ☐ **FLEX 0**
investe majoritariamente os recursos em ativos classificados no segmento de renda fixa.
- ☐ **FLEX 15**
Tem objetivo de investir 15% (quinze por cento) dos recursos no segmento de renda variável.
- ☐ **FLEX 30**
Tem objetivo de investir 30% (trinta por cento) dos recursos no segmento de renda variável.

6. DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Estou ciente que, conforme disposto na Seção III - Benefício por Morte e Seção IV - Benefício de Pensão por Morte 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.

	Nome completo do beneficiário indicado	CPF (obrigatório)	Data de nascimento	Grau de parentesco	Rateio (%)	PEP**
1			/ /			☐ SIM ☐ NÃO
2			/ /			☐ SIM ☐ NÃO
3			/ /			☐ SIM ☐ NÃO
4			/ /			☐ SIM ☐ NÃO
5			/ /			☐ SIM ☐ NÃO
6			/ /			☐ SIM ☐ NÃO

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



_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA
(assinar igual ao documento de
identidade apresentado)

► **INSTRUÇÕES**

- Enviar este documento por e-mail ou WhatsApp (11) 3741-7189.

