



PEDIDO DE INSCRIÇÃO (PIN)
Plano de Previdência da SIAS - PrevSIAS (CNPB: 2013.0011-18)

A - Identificação do participante

| | | | |
|------|----|--|-------------------|
| Nome | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | |
| CPF | RG | Órgão expedidor | Data de expedição |

B - Contribuição Básica

É a contribuição feita pelo participante, de caráter obrigatório e mensal, em valor livremente escolhido e em moeda corrente no país, sendo, no mínimo, de 1 (uma) UP. A UP corresponde ao valor de R\$ 108,76 em 2026, sendo reajustada anualmente com base na variação do INPC-IBGE.

Informe o valor de sua contribuição básica mensal:

| | |
|-----|-------------------|
| R\$ | Valor por extenso |
|-----|-------------------|

Nota: Se a opção for pela contribuição mínima, ou seja, 1 (uma) U.P., o valor será reajustado automaticamente pelo INPC em janeiro de cada ano.

C - Opção para pagamento das contribuições

| | |
|--|--|
| I - <input type="checkbox"/> Boleto Bancário | II - <input type="checkbox"/> Desconto em folha , caso o empregador tenha convênio específico com a SIAS |
| Autorização de Desconto em folha (caso escolha a opção II) Autorizo a SIAS a proceder ao desconto, em folha de pagamento/benefício, da contribuição para o Plano PrevSIAS do participante qualificado, neste requerimento, do valor da minha renda (vencimento, provento, salário ou suplementação). | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |

Pessoa Exposta Politicamente (Resolução Previc nº 23 de 14/08/2023 e Lei nº 9.613 de 03/03/1998)

| | |
|---|---|
| Exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Possui relacionamento com pessoa que exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

Nota: Em caso afirmativo à pergunta acima, preencher o formulário:

["Declaração de Pessoa Exposta Politicamente - PEP".](#)

D - Relação de Beneficiários (Art. 3º, alínea III do regulamento)

Consideram-se Beneficiários qualquer pessoa física inscrita pelo participante na entidade.

| Nome | CPF | Data de Nascimento | Grau de Relacionamento | Proporção |
|------|-----|--------------------|------------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

E - Declaro ter pleno conhecimento do Estatuto da Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade - SIAS e do Regulamento do Plano de Previdência SIAS - PrevSIAS, ao qual, por livre e espontânea vontade, manifesto interesse em me inscrever. Para tal fim, declaro assumir inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão das informações prestadas neste Pedido de Inscrição (PIN), devendo prontamente informar à SIAS a ocorrência de qualquer alteração.

F - Para pagamento do valor do Saldo de Conta Bruta deverá ser deduzido o Imposto de Renda, de acordo com o regime de tributação, por ocasião da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate.

G - Em caso de contratação de plano para menores de 18 (dezoito) anos, declaro que sou responsável legal pela criança/adolescente e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas no Regulamento do Plano, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

H - Autorizo o tratamento de meus dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e da Política de Privacidade e Proteção de Dados disponível no site da SIAS.

Local e data

Assinatura do participante ou representante legal*

Nome do representante legal:

CPF:

*O Pedido de Inscrição (PIN) deve ser assinado pelo representante legal, caso o participante seja menor de 18 anos de idade.

| Para preenchimento exclusivo da entidade | | | |
|--|--|--|--|
| REPRESENTANTE SIAS | DIRETOR-PRESIDENTE | | |
| (<input type="checkbox"/>) Deferido Para ____ / ____ /20____ | (<input type="checkbox"/>) Deferido Para ____ / ____ /20____ | | |
| (<input type="checkbox"/>) Indeferido - Motivo | (<input type="checkbox"/>) Indeferido - Motivo | | |

Data Assinatura e carimbo Data Assinatura e carimbo

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS

- Cópia do RG e CPF
- Comprovante de Residência atualizado
- Último contracheque do servidor do IBGE