

DADOS PESSOAIS

Nome do(a) Participante:

Matrícula:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Sexo:

Masculino

Feminino

CPF:

Endereço Completo:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefones:

E-mail (obrigatório):

Celular:

Nome do Banco:

Agência N°:

Conta N°:

Tipo de Conta:

Corrente

Poupança

Representante Legal (apenas se houver):

Tutor

Curador

Procurador

CPF do Representante Legal (se houver):

Beneficiários - os mesmos relativos à Previdência Social

Nº	Nome Dependente	Grau Parentesco	Sexo	Nascimento	Invalidez?	CPF	IRPF?

DADOS DO BENEFÍCIO

TIPO DE BENEFÍCIO

1. BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA NORMAL

2. BENEFÍCIO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

3. BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)

CRITÉRIOS DO BENEFÍCIO

a. Pagamento único de até 25% do total do Saldo de Conta Aplicável de %

b. Benefício com renda mensal de % sobre o Saldo de Conta Aplicável
(Percentual Máximo de até 1,5% ao mês)

c. Deseja receber Abono Anual? SIM NÃO
(Mesmo percentual do Benefício Mensal)

REGIME DE TRIBUTAÇÃO

De acordo com a Lei nº 14.803/2024, é permitido ao participante e assistido de planos de previdência complementar, optarem pelo regime de tributação no requerimento do benefício ou primeiro resgate.

Desejo optar pelo seguinte Regime de Tributação: PROGRESSIVO REGRESSIVO

O participante ou representante legal, acima identificado, requer o Benefício assinalado, em conformidade com o Regulamento do Plano de Benefícios CODEPREV da Fundação São Francisco de Seguridade social - SÃO FRANCISCO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

USO EXCLUSIVO DA SÃO FRANCISCO

Parecer da Diretoria: Deferido

Indeferido

LOCAL E DATA

ASSINATURA