

Nome do Requerente: _____ Nascimento: _____ Matrícula: _____

CPF N^o: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Emissão _____

Endereço Completo: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF _____ CEP _____ Telefones: _____

Correio Eletrônico: _____ Celular: _____

N^o. Banco: _____ Compensação _____ Nome do Banco: _____ Agência N^o.: _____ Operação _____ Conta N^o.: _____ dv _____

Representante Legal: _____ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador ☐

CPF N^o: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Emissão _____

Regime de Tributação

Qual o regime de tributação desejado?

☐ PROGRESSIVO

☐ REGRESSIVO

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

PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA DECLARO QUE SÃO MEUS DEPENDENTES AS PESSOAS ABAIXO REALACIONADAS			
Nº	DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DO NASCIMENTO

Ilmo. Sr. Diretor de Benefícios

Em face do meu desligamento da PATROCINADORA, solicito a devolução das contribuições efetuadas em favor dessa Fundação, a título de Reserva de Poupança, nos termos do art. 21 do Regulamento Básico do Plano de Benefícios II, autorizando, neste ato, o desconto para amortização de empréstimo ou financiamentos, bem como, quaisquer outros compromissos contraídos junto a essa Entidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

REPRESENTANTE LOCAL

CARIMBO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE

Conferi os dados lançados neste requerimento e declaro que as cópias dos documentos anexadas são autênticas.