

DADOS DO PARTICIPANTE

1-CPF:		2-Matrícula Ceres:	
3-Nome do Participante:			
4-Endereço:		5-Bairro:	
6-Cidade:	7-CEP:	8-UF:	
4-Telefone comercial:	5-Telefone residencial:	6-Telefone celular:	
7-E-mail 1:	8-E-mail 2:	9-Plano: Básico () Flex ()	

DADOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

10-Cód. Banco	11-Nome do Banco	12-Nº da Agência	13-Nº da C. Corrente	14-Praça
---------------	------------------	------------------	----------------------	----------

OPÇÃO PELO BENEFÍCIO CONFORME REGULAMENTO DO PLANO

() Aposentadoria Antecipada	() Aposentadoria Especial
() Aposentadoria por Tempo de Contribuição	() Aposentadoria por Idade

OPÇÃO PELO RECEBIMENTO DE PARTE DO SALDO DE CONTA - EXCLUSIVO PARA PLANOS FLEX

Será facultado ao participante que tiver cumprido as condições para requerer suplementação de aposentadoria por tempo de contribuição, especial ou idade, receber à vista o valor equivalente a até 10/o (dez por cento) do saldo da Conta Individual de Benefício Concedido, antes de se proceder ao cálculo da suplementação, reduzindo-se o valor do benefício.

Sim, tenho interesse em receber à vista ___ % do meu saldo Não, tenho interesse em receber 0% do meu saldo

BENEFICIÁRIOS

15-Nome	16-CPF	17-Sexo	18-Dat. Nasc.	19-Parentesco	20-IR
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N
		M F			S N

Opção em caráter irrevogável e irretratável, conforme Lei 14.803, de 10/01/2024. **Somente para Planos Flex.**

() Opto pelo regime tributário regressivo previsto na Lei nº 11.053, de 29/12/2004, alterada pela Lei nº 14.803, de 10/01/2024. () Não opto pelo regime tributário regressivo, ficando sujeito ao regime tributário progressivo previsto no Decreto nº 9.580, de 22/11/2018.

Solicito a concessão do benefício acima assinalado, declarando ter pleno conhecimento das disposições regulamentares do plano de benefício ao qual estou inscrito e todo conteúdo desse requerimento, não restando qualquer dúvida quanto aos meus direitos e obrigações.

Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres.

Local	Data	Assinatura do(a) Requerente
-------	------	-----------------------------

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela CERES FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o lgpd@ceres.org.br

RESPONSÁVEL PELO RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE E/OU REPRESENTANTE LEGAL

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

Local	Data	Assinatura do(a) representante local
-------	------	--------------------------------------