

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1-Nome:		2-CPF:
3-Endereço:		
4-Bairro:		5-Cidade:
6-Estado:	7-Cep:	8-UF:
9-E-mail		
10-Telefone:		11-Celular:

FORMA DE PAGAMENTO

12-Banco:	13-Tipo de Conta: () Corrente () Poupança (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal)	
14-Dados da Conta: Número agência: _____ Número da Conta: _____ Número dependente Imposto de Renda: _____		

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO

Saque adicional (art. 27 do regulamento):
() Solicito o pagamento único de _____ % do saldo de conta (máximo de 20%), sendo o restante do saldo de conta transformado em renda mensal, de acordo com a opção selecionada abaixo. estou ciente que, na hipótese de eu não selecionar ou indicar valores neste item, confirmo por não optar pelo pagamento único de um percentual do saldo da conta neste momento.

Benefício mensal (Art. 25, incisos I a III, do regulamento):
Solicito a concessão do benefício de renda programada, conforme abaixo:
() Renda por percentual do saldo de contas: _____ % (entre 0,25% a 2%, em cotas mensais);
() Renda em cotas por prazo certo: _____ meses (mínimo de 2 meses; em cotas mensais);
() Renda em reais por prazo certo: _____ meses (mínimo de 2 meses; em reais mensalmente).

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS/ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS: RG e CPF
--

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Declaro ter ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do plano Família Ceres.		
2. Tenho ciência e autorizo a Ceres – Fundação de Previdência a descontar do benefício requerido valores correspondentes ao Imposto de Renda, retido na fonte, conforme regime de tributação escolhido e débitos ou empréstimos porventura existentes com a entidade.		
3. Estou ciente do reajuste anual e dos riscos financeiros envolvidos e que as rentabilidades passadas não representam garantias de resultados futuros, bem como, que o plano não conta com qualquer garantia contra possíveis perdas decorrentes das oscilações de mercado.		
4. Estou ciente que a omissão quanto a informação do status de não-residente no Brasil poderá implicar em devolução de valor necessário para a entidade recolher o Imposto de Renda na qualidade de fonte pagadora, cuja tributação é exclusiva na fonte.		
Opção em caráter irrevogável e irretratável, conforme Lei 14.803, de 10/01/2024.		
() 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.		
_____	_____	_____
Local	Data	Assinatura do(a) Participante
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		