

**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**

**RESGATE** (Art. 42 e parágrafo único, do Regulamento)  
( ) SOLICITO O RESGATE DE 100% DO SALDO TOTAL DAS CONTAS INDIVIDUAIS, (Art. 43, do Regulamento)  
( ) SOLICITO O RESGATE DE 100% DO SALDO TOTAL DOS RECURSOS PORTADOS E DAS CONTRIBUIÇÕES E APORTES ESPORÁDICOS E EXTRAORDINÁRIOS (Art.43 e §1o e § 2o, do Regulamento)  
( ) SOLICITO O RESGATE PARCIAL DE \_\_\_\_\_ (Máximo de 20%) DOS VALORES ORIUNDOS DAS CONTRIBUIÇÕES BÁSICAS (Art.43 e §3o do Regulamento)

**CONFORME ART.44 O PAGAMENTO DO RESGATE SERÁ REALIZADO ATÉ O ÚLTIMO DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE AO DA FORMALIZAÇÃO DA OPÇÃO PELO PAGAMENTO.**  
( ) PARCELA ÚNICA, ou  
( ) Em \_\_\_\_\_ PARCELAS MENSAS (Até 12 parcelas) (Art. 44, do Regulamento)

**DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS/ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

<b>CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS: RG e CPF</b>
--

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

1.Declaro estar ciente e concordar com os critérios estabelecidos no regulamento do plano referentes ao cálculo de resgate das contribuições demonstrado no extrato recebido; que o resgate sofrerá desconto de Imposto de Renda conforme a minha opção de tributação (progressivo ou regressivo); autorizo a CERES a descontar quaisquer débitos existentes; e que esta opção do resgate total, independente se parcelada ou não, implicará a cessação dos compromissos do plano que estou vinculado, de forma irrevogável e irreversível, em relação a mim, participante, e aos meus beneficiários e/ou herdeiros.

2.Tenho ciência e autorizo a CERES 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 que a omissão quanto à 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 irrevogável, conforme Lei 14.803, de 10/01/2024.  
( ) Opto pelo regime tributário regressivo previsto na Lei nº 11.053, de \_\_\_\_\_ ( ) 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](mailto:lgpd@ceres.org.br)*