

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-Email 1: 8-Email 2:		
9 – Contato de Emergência: Celular:		
10 – Nome do Contato: 11 – Grau de Parentesco:		

VOCÊ POSSUI CONTA NO BANCO DO BRASIL?

☐ Não. Não é necessário preencher os dados bancários. A Ceres ficará responsável pela abertura de uma conta-salário no Banco do Brasil. Você receberá os dados da nova conta e as orientações para ativá-la, cadastrar sua senha e começar a utilizá-la.
☐ Sim. Preencha abaixo os dados da sua conta.

DADOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

12-Cód. Banco 001	13-Nome do Banco Banco do Brasil	14-Nº da Agência 15-Nº da C. Corrente 16-Cidade
----------------------	-------------------------------------	---

OPÇÃO PELO BENEFÍCIO CONFORME REGULAMENTO DO PLANO

17 – Plano: ☐ Básico ou Saldado ☐ FlexCeres	
18 – Benefício: ☐ Aposentadoria Antecipada ☐ Aposentadoria por Tempo de Contribuição	☐ Aposentadoria Especial ☐ 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

19-Nome 20-CPF 21-Sexo 22-Dat. Nasc. 23-Parentesco 24-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

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