

I Dados do participante

1 · Nome do participante			2 · Matrícula Ceres		
3 · CPF		4 · Identidade		5 · Órgão expedidor	
6 · Nome do(a) beneficiário(a)					
7 · Endereço residencial				8 · Complemento	
9 · UF	10 · Cidade		11 · Bairro		12 · CEP
13 · Nome do(a) receptor(a)				14 · CPF	
15 · Identidade		16 · Órgão expedidor		17 · E-mail	
18 · Telefone residencial		19 · Telefone comercial		20 · Celular do contato de emergência	
21 · Nome do contato de emergência				22 · Grau de parentesco	

II Opção pelo recebimento conforme o regulamento do plano

23 · Plano	☐ Básico ou Saldado	☐ FlexCeres
24 · Benefício		
☐ Auxílio-doença	☐ Aposentadoria por invalidez	☐ Auxílio-reclusão
☐ Pecúlio	☐ Pensão por morte	

III Opção pelo recebimento de parte do saldo de conta

Exclusivo para o plano ABDI-FlexCeres: opção de pagamento à vista de até 10% do saldo de conta, observadas as condições do regulamento do plano.

☐ Sim, tenho interesse em receber à vista _____ % do meu saldo.

IV Opção tributária

Opção em caráter irrevogável e irretratável, conforme a Lei nº 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.

V Informações importantes para o pagamento

ATENÇÃO: o pagamento dos benefícios deste formulário será realizado em conta do Banco do Brasil, inclusive o auxílio-doença.

Você possui conta no Banco do Brasil?

☐ Não. Não possuo conta no Banco do Brasil.

☐ Sim. Preencha os dados bancários na próxima página.

VI Dados para pagamento do benefício

25 · Cód. banco 001	26 · Nome do banco Banco do Brasil	27 · N° da agência
28 · N° da conta corrente	29 · Cidade	

VII Beneficiários / Designados

30 · Nome	31 · CPF	32 · Sexo	33 · Nascimento	34 · Parentesco	35 · 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

VIII Declaração do beneficiário / requerente

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

Local	Data (dd/mm/aaaa)	
		Assinatura do beneficiário / requerente

IX Responsável pelo RH da unidade e/ou representante legal

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

Local	Data (dd/mm/aaaa)	
		Assinatura e carimbo do representante

Os dados pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela Ceres Fundação de Previdência para atender à execução contratual prevista no regulamento do plano e para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e V, da Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709, de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso de seus dados pessoais, encaminhe e-mail para lgpd@ceres.org.br.