

# Requerimento de Benefício de Aposentadoria

#00 - Público - FUNCEF

## DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome do(a) participante:				Matrícula:
Data de nascimento:	Estado civil	CPF:	Telefone: (    )	Benefício por invalidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Conta bancária para recebimento do benefício Nº da agência:	Código da operação:	Nº da conta - DV:	Isento de IR: (moléstia grave ou acidente de trabalho) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IR Total*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
(*) Marcar <b>Sim</b> , se desejar somar os benefícios da FUNCEF e INSS para cálculo do Imposto de Renda. Marcar <b>Não</b> para que o desconto do Imposto de Renda seja calculado separadamente, ou seja, será calculado uma alíquota para cada benefício, FUNCEF e INSS. Caso o item não seja marcado, a FUNCEF considera a opção <b>Sim</b> .				
Endereço:				
Cidade:	UF:	CEP:	E-mail:	

## DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL

Preencher somente na existência de tutor(a), curador(a) ou procurador(a)

Nome do(a) representante legal:				
R.G. (identidade):	Data de expedição:	Órgão expedidor:	UF:	CPF do representante:

## REGIME TRIBUTÁRIO PARA APURAÇÃO DO IR

(em conformidade com a Lei nº 14.803, de 10/01/2024)

<input type="checkbox"/> Opto pelo regime relativo à tabela <b>REGRESSIVA</b> para fins de tributação do Imposto de Renda, previsto na Lei 11.053/04.
<input type="checkbox"/> Opto pelo regime relativo à tabela <b>PROGRESSIVA</b> , com ajuste do imposto de renda na declaração anual da pessoa física.

## DESEJO REQUERER O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NA(S) SEGUINTE(S) OPÇÃO(ÕES):

 Novo Plano     REB     REG/Replan     REG/Replan – modalidade Saldada

## BENEFÍCIOS ANTECIPADOS (Benefício Único ou Renda Antecipada)

Para uso exclusivo de participantes do REG/Replan – modalidade Saldada, do Novo Plano e do REB

O **Benefício de Renda Antecipada** do REB ou o **Benefício Único Antecipado** do REG/Replan – modalidade Saldada e do Novo Plano, corresponde à antecipação de até 10% (dez por cento) do valor do **saldo de conta** ou da **reserva do benefício saldado**. Sobre este benefício haverá incidência de Imposto de Renda, na forma da lei. (O preenchimento dessa opção é obrigatório)

### REB

**Sim**, opto por receber a **Renda Antecipada** de \_\_\_\_% (\_\_\_\_) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do **Benefício de Prestação Continuada**.

**Não** tenho interesse em receber a **Renda Antecipada**.

### REG/REPLAN – modalidade SALDADA

**Sim**, opto por receber o **Benefício Único Antecipado** de \_\_\_\_% (\_\_\_\_) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do **Benefício de Prestação Continuada**.

**Não** tenho interesse em receber o **Benefício Único Antecipado**.

### NOVO PLANO

**Sim**, opto por receber o **Benefício Único Antecipado** de \_\_\_\_% (\_\_\_\_) em caráter irrevogável e irretroatável com redução, na mesma proporção, do **Benefício de Prestação Continuada**.

Forma de Recebimento:  Parcela única;  Parcela(s) mensal(is) (em até 12 parcelas).

**Não** tenho interesse em receber o **Benefício Único Antecipado**.

### Documentos a serem anexados a esse requerimento:

- 1) Declaração de dependentes;
- 2) Cópia do RG do participante;
- 3) Cópia autenticada do Termo de Tutela, quando o tutor (a) não for nato (a), Termo de Curatela ou Procuração (se for representante legal);
- 4) Em caso de isenção de imposto de renda encaminhar laudo pericial que comprova a isenção;
- 5) Cópia da carta de concessão do benefício do INSS.

Declaro ter conhecimento das disposições regulamentares e de todo o conteúdo desse requerimento. Solicito o(s) benefício(s) acima assinalado(s) e declaro estar ciente de que este(s) poderá(ão), a qualquer momento, ser(em) revisto(s) no(s) caso(s) de erro material ou no(s) caso(s) de apresentação de dependente(s)/pensionista(s) não habilitado(s) no ato da concessão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Local e data

Assinatura do(a) participante ou representante legal

# Declaração de dependentes

#00 Público - FUNCEF

## DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:			Matrícula:		
CPF:		Data de nascimento:		Estado civil:	
Logradouro:				Número:	
Complemento:		Cidade:		Estado:	
E-mail:		Telefone fixo:		Telefone celular:	
CEP:					

## INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nome	CPF <sup>1</sup>	Grau de parentesco	Data de nascimento	Estado civil	Telefone celular	Sexo (F/M)	Invalidez (S/N)	IRRF <sup>2</sup> (S/N)

## DADOS DE CONTATO DO(S) DEPENDENTES(S) EM CASO DE ÓBITO

Nome	E-mail	Telefone

<sup>1</sup> Em conformidade com a Receita Federal do Brasil, é obrigatório o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), dependentes para fins de imposto de renda.

<sup>2</sup> Dependente para fins de declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte. Para o empregado com contrato **ativo** na Patrocinadora, a indicação de dedução de imposto de renda deve ser realizada junto à fonte pagadora.

<sup>3</sup> Para os dependentes indicados para imposto de renda na condição de inválido, deverá ser enviado à FUNCEF laudo médico que comprove a invalidez.

Campo de preenchimento **obrigatório** para participantes que não possuem dependentes a declarar.

Não tenho dependentes a declarar.

## EXCLUSÃO DE DEPENDENTES EXISTENTES EM SEU CADASTRO<sup>4</sup>

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

<sup>4</sup> Os dependentes constantes no seu cadastro na FUNCEF e não indicados para exclusão serão mantidos, além daqueles aqui declarados.

**Atenção! Favor encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª via.**

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e tenho ciência de minha exclusiva responsabilidade tributária, administrativa, civil e criminal que decorre desta declaração.

Comprometo-me a comunicar à FUNCEF qualquer alteração sobre a perda de condição de dependente de pessoas ora declaradas ou inclusões de novos dependentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local

Assinatura do(a) participante