

## DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome do(a) Participante				Matrícula
Data de Nascimento	Estado Civil	CPF	Telefone ( )	Benefício por Invalidez ( ) SIM ( ) NÃO
Conta bancária para recebimento do benefício Nº da Agência		Código de Operação	Nº da Conta - DV	Isento de IR (moléstia grave ou acidente de trabalho) ( ) SIM ( ) NÃO
				IR Total* ( ) SIM ( ) NÃO
* Marcar SIM, se desejar somar os benefícios da FUNCEF e INSS para cálculo do Imposto de Renda. Marcar NÃO 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 SIM.				
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

## 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 comprove a isenção.

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

## DADOS DO PARTICIPANTE

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

## 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)

<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 2º 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.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante