

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: ☐ Sim ☐ 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) ☐ 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:

REGIME TRIBUTÁRIO PARA APURAÇÃO DO IR

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

☐ Opto pelo regime relativo à tabela REGRESSIVA para fins de tributação do Imposto de Renda, previsto na Lei 11.053/04.
☐ Opto pelo regime relativo à tabela PROGRESSIVA , 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 irretratável 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 irretratável 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 irretratável 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;
- 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 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:	
				CEP:	
E-mail:			Telefone fixo:		Telefone celular:

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

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

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

Nome	E-mail	Telefone

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

² 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.

³ 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 CADASTRO⁴

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento	Motivo da exclusão

⁴ 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