

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR	MATRÍCULA N°	ESTADO CIVIL	
NOME		CPF	
E-MAIL	DATA DE NASCIMENTO	CEP	
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

**Eu, participante do Plano de Benefícios, venho, de livre e espontânea vontade, por todos os direitos e obrigações, manifestar minha opção quanto ao tipo de renda que pretendo perceber como Assistido do Plano de Benefícios:**

- Alterar minha renda atual para Renda Mensal por Prazo Determinado, por prazo não inferior a 10 anos. Informar o prazo: \_\_\_\_\_
- Alterar minha renda atual ou percentual do saldo atual para Renda Mensal por renda por percentual escolhido entre 0,5% e 2% do Saldo de Conta. Informar o percentual: \_\_\_\_\_%
- Alterar minha renda atual para Renda Mensal por PRAZO INDETERMINADO

**AUTORIZO A DESCONTAR DO BENEFÍCIO A QUE FAÇO JUS, O VALOR DE DÉBITOS QUE POR VENTURA VENHA A TER COM A PREVISC OU COM O EMPREGADOR**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).