

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PLANO PREVITÊ**

É importante que todos os campos sejam preenchidos

NOME		CPF	MATRÍCULA Nº
E-MAIL		DATA DE NASCIMENTO	CEP
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

De acordo com o disposto no regulamento, venho a optar por receber meu benefício de aposentadoria por invalidez da seguinte forma:

- Recebimento do benefício mensal por PRAZO DETERMINADO, por prazo não inferior a 6 anos. Informar o prazo: \_\_\_\_\_
- Recebimento do benefício mensal com aplicação de percentual escolhido entre 0,1% e 2% do Saldo de Conta. Informar o percentual: \_\_\_\_\_%
- Desejo optar pelo saque à vista de até 25% do Saldo Total de Conta:  
Saque de \_\_\_\_\_% (Percentual Máximo Permitido 25%).

**DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO**

BANCO	AGÊNCIA	CONTA	<input type="checkbox"/> CORRENTE	<input type="checkbox"/> POUPANÇA
-------	---------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------

Os dados bancários deverão ser do titular do plano. Não é permitido utilizar conta salário para recebimento do benefício.

Nos termos da legislação vigente, informo que tenho como dependente(s) para fins de declaração de imposto de renda a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s). (Caso não possua dependentes de IR, deixar em branco):

NOME	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO

Conforme Lei Nº 14.803, DE 10 DE JANEIRO DE 2024, a opção pelo regime de tributação de Imposto de Renda poderá ser realizada ou alterada, uma única vez, após a publicação da lei, inclusive na solicitação do resgate ou benefício.

Caso não tenha feito a escolha após a publicação da lei, você poderá optar por um novo regime, conforme abaixo especificado:

- Opção 1 - Regime Progressivo:** Com tributação antecipada e ajuste anual. Alíquotas de 0%, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5% de acordo com o valor do benefício e 15% sobre os resgates.
- Opção 2 - Regime Regressivo:** com tributação definitiva, sem ajuste anual. Alíquotas que incidem sobre o benefício ou resgate, de acordo com o tempo de permanência de cada contribuição no plano: 35% até 2 anos; 30% entre 2 e 4 anos; 25% entre 4 e 6 anos; 20% entre 6 e 8 anos; 15% entre 8 e 10 anos; e 10% a partir de 10 anos.

Esta opção só poderá ser realizada caso não tenha feito essa escolha após a data da publicação da lei: 10/01/2024.

\_\_\_\_\_, 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).

**ANEXAR DOCUMENTOS:**

- Cópia da Carta de Concessão e Comunicado de Decisão fornecida pelo INSS, relativo ao deferimento do Benefício de Invalidez;
- Cópia dos Atestados Médicos;
- Cópia da Certidão de Casamento ou Nascimento, do RG e CPF, ou CNH;
- Cópia do cartão bancário da conta que deseja receber o Benefício;
- Cópia do documento dos dependentes.