

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DO PLANO CD RUMOS**DADOS DO PARTICIPANTE**

Nome:		Matrícula:
CPF:	Estado Civil:	Nascimento: ____/____/____
Patrocinadora:	Admissão: ____/____/____	Desligamento: ____/____/____

DADOS DO REQUERENTE

Nome:		CPF:
Nascimento: ____/____/____	Sexo:	Estado Civil:
E-mail:		
Endereço Residencial:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	

Nos termos do Regulamento do Plano CD Rumos venho por meio do presente requerer o benefício abaixo assinalado:

- Aposentadoria Normal Aposentadoria por Invalidez

OPÇÕES DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Solicito receber, em parcela única, o valor correspondente a ____% (limitado a 25% em percentual inteiro) do saldo de conta total condicionado ao meu benefício mensal.

O valor remanescente do saldo de conta total será pago conforme opção abaixo assinalada:

- renda mensal pelo prazo determinado de ____ anos (limite de 5, 10, 15, 20 ou 25 anos).
- renda mensal correspondente a um percentual de ____% por cento) (limite de 0,3% a 1,5%, sem expresse em intervalos de 0,1%) do saldo de conta total remanescente.
- renda mensal no R\$ _____ (_____) (o valor inicial tem que ser suficiente para efetuar o pagamento por um período mínimo de 5 anos e o valor mensal não poderá ser inferior a 2,5 Unidades Previdenciárias) do saldo de conta total remanescente.

Declaro ter ciência e concordar:

- O requerente assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas, declara ter conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano CD Rumos e autoriza a Entidade a tomar as providências necessárias, conforme sua opção, ciente de que o crédito do valor correspondente a APOSENTADORIA, INVALIDEZ E PENSÃO POR MORTE, cuja renda mensal tenha resultado em valor inferior a 1,5 Unidades Previdenciárias (de acordo com o item 9.3.8 do regulamento do plano), extinguirá todas as obrigações da Sociedade Previdenciária Rumos, para com ele e seus beneficiários.
- E, caso resulte em valor mensal superior a 1,5 UP e inferior o 2,5 UP, minha opção é por:
 Pagamento único Renda mensal

DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO

Banco (nome e nº):	Agência:	Conta Corrente:	Dígito:
--------------------	----------	-----------------	---------

INDICAÇÃO / ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

- A indicação e alteração de beneficiário poderá ser efetuada a qualquer momento, basta acessar o site do participante no endereço: www.rumosprevidencia.com.br

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência a legislação do Imposto de Renda, em especial ao art. 35 da Lei 9.250, de 26/12/1995, que determina que são considerados como dependentes: I – o cônjuge; II – o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 anos, ou por período menor se da união resultou filho; III – a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; IV – o menor pobre, até 21 anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial; V – o irmão, o neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; VI – os pais, os avós ou os bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal; VII – o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador, venho, pela presente informar-lhes que tenho como encargo(s) de família a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

Dependentes considerados como Encargos de Família - Nome completo dos Dependentes	Relação de Dependência	Data de Nascimento

RENOVAR ESTA DECLARAÇÃO SEMPRE QUE OCORRER ALTERAÇÃO NOS DADOS INFORMADOS

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguem anexos os documentos abaixo assinalados:

- Cópia simples do RG e do CPF
- Cópia simples dos documentos que comprovem os dados bancários
- Cópia simples do comprovante de endereço
- Cópia simples da CTPS, somente a página da foto frente e verso, página do contrato de trabalho com a empresa e anotações aviso prévio
- Cópia simples da carta de concessão de aposentadoria por invalidez Previdência Social (*)

(*) exigido somente para a aposentadoria por invalidez

Local

Data

Assinatura