

TTD:100.5		
<input type="checkbox"/> Renda de Aposentadoria Normal	<input type="checkbox"/> Renda de Aposentadoria Antecipada	<input type="checkbox"/> Renda Proporcional Diferida

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo		Matrícula Petros	CNPB 20.000.059-18
Identidade	Órgão Expedidor	Data da Emissão	CPF
Data de Nascimento	Estado Civil	Gênero () Masculino () Feminino	Data inscrição no Plano
Empresa Patrocinadora	Matrícula Patrocinadora	Data de admissão na Patrocinadora	Data cessação vínculo empregatício

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD/Telefone 1. 2.
E-mail		E-mail		

DADOS BANCÁRIOS – BANCO SANTANDER - (Anexar comprovante bancário)

Agência (código / nome)	Conta Corrente	UF
-------------------------	----------------	----

Observação: Todos os benefícios solicitados a partir de 01/03/2020 serão pagos, obrigatoriamente, no Banco Santander.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Curador/Tutor/Procurador) (Anexar cópia dos documentos comprobatórios)

Nome Completo			
Tipo de Representante Legal (Curador/Tutor/Procurador)		Documento Apresentado	Data de Validade Documento
Identidade	Órgão Expedidor	Data da Emissão	CPF

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD/Telefone 1. 2.
E-mail		E-mail		

Opção para recebimento da parcela, à vista, correspondente a até 25% do saldo da Conta de Aposentadoria

<input type="checkbox"/> Não desejo receber	<input type="checkbox"/> Desejo receber _____%
---	--

Indico os seguintes Beneficiários, para fins de Renda de Pensão por Morte ou de Abono por Morte

Ordem	Nome Completo	Data Nasc.	Gênero (F/M)	Inval. (S/N)	CPF	Parentesco
01						
02						
03						
04						
05						

Importante: Os Beneficiários para fins de recebimento da Renda de Pensão por Morte ou de Abono por Morte que serão considerados no dimensionamento da sua Renda de Aposentadoria são aqueles constantes do cadastro da Petros na data da assinatura deste Requerimento. **A inclusão de qualquer Beneficiário após esta data implicará o recálculo do valor do benefício que estiver sendo pago, mediante equivalência atuarial.**

Local de Data

Assinatura do Participante/Representante legal

PARA USO DA PATROCINADORA

Responsável pelo encaminhamento à Petros

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Responsável