

CNPB	PATROCINADORA
1996.0037-47	ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS
1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):	
2. Matrícula na Patrocinador:	
3. CPF:	4. Unidade:
5. (DDD) Telefone Celular:	
6. E-mail:	

### 7. Requerimento do benefício:

Nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev, venho requerer o benefício abaixo assinalado:

- Benefício de Aposentadoria Normal
  Benefício de Aposentadoria Antecipada
  Benefício de Aposentadoria Decorrente da Opção pelo BPD

### 8. Forma de recebimento do benefício:

- Renda mensal decorrente da incidência de um percentual equivalente a  % sobre a Reserva Matemática de Benefícios Programados.\*
- Renda Certa – valor fixo mensal decorrente da incidência de  % sobre a Reserva Matemática de Benefícios Programados, recalculado no mês de janeiro de cada ano, considerando o percentual vigente e o saldo da Reserva Matemática de Benefícios Programados.

\* Mínimo de 0,3% e máximo de 2,0% sob Reserva Matemática de Benefícios Programados, em intervalos de 0,1%.

- Declaro que desejo receber o valor correspondente a  por cento da minha Reserva Individual de Poupança em forma de pagamento único, conforme disposto no artigo 31, 1º parágrafo.
- Estou ciente que poderei poder alterar o percentual da Reserva Matemática de Benefícios Programados, no mês de dezembro de cada ano e o novo percentual passará a vigorar no mês seguinte a da alteração.

### 9. Beneficiário (s) Designados:

Nome Completo	CPF	Perc. Rateio	E-mail	Telefone

- Declaro, para os devidos fins, que sou responsável legal pelos dados pessoais dos beneficiários menores de 12 anos, autorizando o tratamento das informações concedidas tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento e para a execução do contrato previdenciário, nos termos no Regulamento do Plano, em atenção ao art. 14, §1º da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD").

**10. Dados bancários para pagamento do benefício: (anexar comprovante de dados bancários)**

Banco:

Agência nº:

Nº Conta:

**Tipo de Conta**

- Poupança
- Conta Corrente

**11. Opção pelo Regime de Tributação:**

- Tabela de Imposto de Renda com alíquotas **progressivas**
- Tabela de Imposto de Renda com alíquotas **regressivas**

**1.** O Imposto de Renda retido na fonte, segundo as alíquotas aplicáveis na tabela de imposto de renda com alíquotas progressivas sofrerá acerto na Declaração Anual de Ajuste do IR, conforme legislação vigente.

**2.** O Imposto de Renda retido na fonte, segundo as alíquotas aplicáveis na tabela de imposto de renda com alíquotas regressivas é definitivo e, o prazo de acumulação, para efeitos da determinação da alíquota de Imposto de Renda aplicável a cada resgate ou pagamento de benefício, corresponderá ao tempo decorrido entre o aporte de recursos no Plano e o respectivo resgate ou pagamento de benefício e será contado a partir da data do aporte, para aportes realizados a partir de 1º de janeiro de 2005.

**12. Termos e condições:**

- O Sarah Previdência - Fundo de Pensão dos Empregados da Associação das Pioneiras Sociais realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD") e à Política de Privacidade disponível no site [www.sarahprevidencia.com.br](http://www.sarahprevidencia.com.br). Neste sentido, estou ciente de que este requerimento pressupõe o tratamento de dados pessoais para o alcance da finalidade aqui pretendida, nos termos do contrato previdenciário firmado entre as partes, conferindo meu consentimento livre, informado e inequívoco, nos termos da Lei. Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao Sarah Previdência qualquer responsabilidade perante a fiscalização.
- Comprometo-me a informar ao Sarah Previdência as ocorrências que ocasionarem a cessação do benefício. Com o recebimento total do benefício, o Participante concede a mais plena, geral, rasa e irrevogável quitação ao Sarah Previdência em relação a todos os direitos e obrigações previstos neste Regulamento, não havendo mais a reclamar judicial ou extrajudicialmente, seja a qual título for, especialmente, mas não só, em relação à correção de valores por índices econômicos, substituição de índices de correção monetária, volatilidade de cotas e índices.
- Estou ciente das penas previstas para o crime de estelionato (reclusão, de 1 a 5 anos, e multa - artigo 171 do Código Penal Brasileiro), como também que estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência de omissão.

Concordo com o recebimento de comunicação por meio do aplicativo de mensagens instantâneas WhatsApp ou recursos tecnológicos similares, para o número de telefone cadastrado no Sarah Previdência.

**Local**

**Data**

de

de 20

**Assinatura do Participante**

Vigência: Maio / 2025