CNPB	PATROCINADORA
1996.0037-47	ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Assistido:

2. CPF:

3. Telefone Celular:

4. Matrícula:

5. Email:

6. Nos termos do § 2° dos Artigos 31 e 32 do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev, solicito alteração do meu percentual de recebimento da Reserva Matemática de Benefícios Programados, conforme abaixo:

Percentual (%) * Percentual por extenso

* O percentual não pode ser inferior a 0,3% (três décimos por cento) e no máximo 2% (dois por cento), com intervalos de 0,1% (um décimo por cento), à critério do Participante.

7. **Vigência:**

O novo percentual vigerá a partir de JANEIRO/2026

8. **Declaração:**

Declaro estar ciente que pelo presente documento, opto por alterar o percentual acima registrado do meu benefício, na vigência determinada, previstos no Regulamento do Plano, ciente de que essa alteração poderá ser realizada novamente, durante a campanha de revisão de percentual que ocorre durante o mês de dezembro de cada ano.

Local **Data**

, de de 20

Assinatura do Participante

Vigência: Janeiro/2026