

TTD:100.5

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo			Matrícula Petros
CPF	Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo () Masculino () Feminino
Nacionalidade		Naturalidade (UF e Município)	

ENDEREÇO E MEIOS DE COMUNICAÇÃO

CEP	Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)	Nº
Complemento	Bairro	Cidade UF
DDD/Telefone ou Celular ()		DDD/Telefone ou Celular ()
E-mail pessoal		E-mail pessoal

DADOS BANCÁRIOS – SOMENTE BANCO SANTANDER (anexar comprovante bancário)

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Curador/Tutor/Procurador) – somente se aplicável
(Anexar cópia dos documentos comprobatórios, identidade e CPF)

Nome Completo		
CPF	Data de Nascimento	Tipo de Representante Legal () Curador () Tutor () Procurador

ENDEREÇO E MEIOS DE COMUNICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (somente se aplicável)

CEP	Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)	Nº
Complemento	Bairro	Cidade UF
DDD/Telefone ou Celular ()		DDD/Telefone ou Celular ()
E-mail pessoal		E-mail pessoal

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS				SOLICITAÇÃO
1 - Nome do Beneficiário (Anexar documento vide tabela)				<input type="checkbox"/> Incluir/Manter <input type="checkbox"/> Exclusão a pedido <input type="checkbox"/> Exclusão por óbito Data do óbito ____/____/____ (Anexar Certidão de Óbito)
Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CPF		
Estado Civil	Grau de Parentesco	Invalidez [] Data de início: ____/____/____ (Anexar documento vide tabela)		
2 - Nome do Beneficiário (Anexar documento vide tabela)				<input type="checkbox"/> Incluir/Manter <input type="checkbox"/> Exclusão a pedido <input type="checkbox"/> Exclusão por óbito Data do óbito ____/____/____ (Anexar Certidão de Óbito)
Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CPF		
Estado Civil	Grau de Parentesco	Invalidez [] Data de início: ____/____/____ (Anexar documento vide tabela)		
3 - Nome do Beneficiário (Anexar documento vide tabela)				<input type="checkbox"/> Incluir/Manter <input type="checkbox"/> Exclusão a pedido <input type="checkbox"/> Exclusão por óbito Data do óbito ____/____/____ (Anexar Certidão de Óbito)
Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CPF		
Estado Civil	Grau de Parentesco	Invalidez [] Data de início: ____/____/____ (Anexar documento vide tabela)		
4 - Nome do Beneficiário (Anexar documento vide tabela)				<input type="checkbox"/> Incluir/Manter <input type="checkbox"/> Exclusão a pedido <input type="checkbox"/> Exclusão por óbito Data do óbito ____/____/____ (Anexar Certidão de Óbito)
Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CPF		
Estado Civil	Grau de Parentesco	Invalidez [] Data de início: ____/____/____ (Anexar documento vide tabela)		
5 - Nome do Beneficiário (Anexar documento vide tabela)				<input type="checkbox"/> Incluir/Manter <input type="checkbox"/> Exclusão a pedido <input type="checkbox"/> Exclusão por óbito Data do óbito ____/____/____ (Anexar Certidão de Óbito)
Data de Nascimento	Sexo () Masculino () Feminino	CPF		
Estado Civil	Grau de Parentesco	Invalidez [] Data de início: ____/____/____ (Anexar documento vide tabela)		

Informação	Documentos aceitos como comprovantes
Nome	Carteira de Identidade, Carteira de Habilitação, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio
Data de nascimento	Carteira de Identidade, Carteira de Habilitação, Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento
CPF	CPF, Certidão de Nascimento com CPF, Carteira de Identidade com CPF, Carteira de Habilitação com CPF
Sexo	Certidão de Nascimento
Estado civil	Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio
Data de início da relação conjugal	Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável
Universitário	Declaração da Instituição de Ensino
Invalidez	Declaração médica que informe a invalidez
Gêmeo	Certidão de Nascimento
Data de óbito	Certidão de Óbito
Representante legal	Procuração/curatela/tutela – para maiores informações, acesse os canais de atendimento.

Saque Único: opção para recebimento de parcela, à vista, correspondente a até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo da Conta Benefício Concedido

Desejo receber _____%

Opção para recebimento de Abono Anual:

12 (doze) parcelas mensais do benefício.

13 (treze) parcelas mensais do benefício.

OBS.: a critério do Assistido, a modalidade, o percentual ou o prazo de recebimento do seu benefício poderão ser alterados, no mês de **setembro** de cada ano, para vigorar a partir do mês de **janeiro do ano seguinte ao da alteração**, desde que o valor resultante não seja inferior a 1 (uma) UP, sendo que o prazo de recebimento da Renda Mensal na modalidade de prazo determinado será sempre contado a partir da data da concessão do benefício.

MODALIDADE DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO

OPÇÃO 1 - renda mensal por prazo indeterminado: de caráter não vitalício, será estabelecida na data de concessão do Benefício, calculada mediante equivalência atuarial, considerando o saldo existente na Conta Benefício Concedido na data da concessão do benefício e as características biométricas do Participante e de seus Beneficiários.

OPÇÃO 2 - renda mensal por prazo determinado: será estabelecida na data da concessão do benefício, calculada com base no saldo existente na Conta de Benefício Concedido na data da concessão do benefício e no prazo de recebimento a ser escolhido pelo participante, não inferior a 10 (dez) anos e não superior a 45 (quarenta e cinco) anos completos.

Prazo escolhido: _____ anos

OPÇÃO 3 - renda mensal por percentual de saldo de conta: corresponderá ao resultado da aplicação de um percentual de **0,1% (um décimo por cento) a 1,5% (um por cento e meio), com variação de 0,1% (um centésimo por cento)**, sobre o saldo existente na Conta de Benefício Concedido, na data da concessão do benefício.

Percentual escolhido: _____%

AVISO DE PRIVACIDADE

Dos dados pessoais dos Participantes e Beneficiários

Todos os dados pessoais do Participantes e seus Beneficiários, sejam aqueles informados pelo Participante no presente requerimento, bem como dados pessoais informados pela Patrocinadora, serão tratados em conformidade com a legislação aplicável em termos de proteção da privacidade e segurança de dados pessoais, notadamente a LGPD, nos termos descritos nas Políticas de Privacidade e Segurança da Informação da Petros, maiores informações visitar nosso site institucional. Dessa forma, dados pessoais de Participantes e Beneficiários poderão ser utilizados, por exemplo, para execução do próprio contrário previdenciário da Petros; para cumprimento de obrigações legais; ou para atendimento a interesses legítimos da Petros, dentre outras hipóteses, exclusivamente quando admitidas tais operações de tratamento e somente pelo tempo estritamente necessário, considerando a legislação aplicável.

Excepcionalmente, a Petros poderá solicitar consentimento do Participante para realizar atividades de tratamento específicas que envolvam seus dados pessoais ou dos seus Beneficiários, como em casos em que o consentimento é exigido por lei, a exemplo da coleta de dados de crianças. Nesses casos, o Participante poderá consentir ou recusar, e, ainda, retirar seu consentimento, conforme sua conveniência, quando admitido, nos termos da legislação aplicável.

Dos direitos dos Participantes e Beneficiários

Como titulares de seus próprios dados pessoais, Participantes e Beneficiários têm uma série de direitos em relação a eles, como o de terem informação sobre o que a Petros faz com seus dados, se e com quem são compartilhados, dentre outros direitos previstos na legislação aplicável e descritos nas Políticas de Privacidade e Segurança da Informação da Petros. Participantes e Beneficiários podem exercer esses direitos conforme sua conveniência, nos limites e na forma da legislação e da regulamentação aplicável. Solicitações, reclamações ou pedidos de esclarecimento relacionados aos dados pessoais deverão ser encaminhados diretamente ao Encarregado pelo tratamento de dados dpo@petros.com.br.

Local de Data

Assinatura do Participante/Representante legal