



TERMO DE OPÇÃO

PLANO DE BENEFÍCIOS FAF / CNPB 1979.0006-38

Patrocinadora: _____

Participante: _____

abaixo assinado, tendo recebido o EXTRATO SOBRE OS INSTITUTOS DO CAPÍTULO VIII DO REGULAMENTO, manifesta, de acordo com o Artigo 27 do Regulamento, sua opção pelo Instituto abaixo assinalado:

- AUTOPATROCÍNIO, nos termos do Artigo 28 do Regulamento.
- BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO, nos termos do Artigo 29 do Regulamento.
- RESGATE, nos termos do Artigo 30 do Regulamento, optando pelo recebimento:
 - em parcela única.
 - em () _____ parcelas mensais (limitadas a doze parcelas).
- PORTABILIDADE, nos termos do Artigo 31 do Regulamento, Informando a entidade que administra o Plano receptor.

Dados bancários da empresa receptora:

C/C: _____ AG: _____ Banco _____

Plano receptor: _____

Endereço do plano: _____

CNPJ: _____

Pessoa Responsável pelo Plano: _____

Para tanto, presta abaixo todas as informações que se fazem necessárias, em especial aquelas pertinentes à Portabilidade quando esta for a opção e, AUTORIZA que sejam feitas as deduções das taxas previstas para o instituto escolhido nos termos do Regulamento. DECLARA, ainda:

- Estar em gozo** de benefício de aposentadoria no Regime Geral de Previdência Social (INSS).
- Não estar em gozo** de benefício de aposentadoria no Regime Geral de Previdência Social (INSS).

DOCUMENTOS:

CTPS nº _____ Série: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de desligamento: _____

Dados do participante:

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

DADOS BANCÁRIOS DO PARTICIPANTE (EM CASO DE RESGATE)

Banco _____ AG: _____ Conta: _____

POR FAVOR, INFORME O TIPO DE CONTA: () POUPANÇA () CORRENTE

NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO

Dependentes:

Nome:	Nasc.	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cidade e data

Assinatura

Deferido: _____

Indeferido: _____

Data: _____

Responsável (RH / BRF Previdência): _____