

# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA **PREVIDENCIAL**

Plano II - 01 de 02

**MATRÍCULA:**

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

CPF:	RG:	ESTADO CIVIL:	SEXO: <input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.:
DATA DE NASC.:	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DA DEMISSÃO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:
E-MAIL:			TELEFONE:
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:
<b>PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA*</b> <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	*Pessoa politicamente exposta é aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.		

Eu, \_\_\_\_\_  
na qualidade de contribuinte / participante da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo cumprido as condições de elegibilidade previstas no capítulo 8 do Regulamento do Plano de Benefícios desta Patrocinadora, relativo ao benefício de aposentadoria, venho por meio deste requerer o pagamento de acordo com a opção abaixo indicada:

# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA PREVIDENCIAL

Plano II - 02 de 02

## FORMA DE RECEBIMENTO:

- Resgate de .....% do saldo de contas, conforme Capítulo 10;
- Renda por prazo determinado em ..... anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo nº de meses escolhido (vezes 13 meses);
- Renda por quotas em ..... % (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta do Participante, podendo ser alterado o percentual desejado todo mês de Janeiro, de cada ano;
- Renda por valor de R\$ ..... (entre 0,1% e 2,0% do saldo de conta) ao mês, mantendo-se fixo até a cessação do saldo ou nova solicitação de alteração.

## REGIME TRIBUTÁRIO

Declaro estar ciente que a opção pelo Regime Tributário é irrevogável e:

(I) Se em algum momento foi realizado Resgate parcial antes do preenchimento deste requerimento, estou ciente que o Regime Tributário já formalizado anteriormente está registrado em meu cadastro e será aplicado na Aposentadoria.

(II) Caso não tenha optado anteriormente por um Regime Tributário, formalizo a minha opção pelo:

- Progressivo – o desconto do imposto de renda será retido na fonte entre 0% e 27,5% de acordo com o valor do benefício, conforme a tabela divulgada anualmente pela Secretaria da Receita Federal, sendo compensável na declaração de ajuste anual.
- Regressivo – o desconto de imposto de renda será de acordo com o tempo que cada contribuição permaneceu investido. A alíquota inicia em 35% e diminui 5% a cada dois anos que a contribuição foi realizada até chegar ao mínimo de 10% em 10 anos. Desta forma, poderá ser aplicada mais de uma alíquota de imposto de renda sobre o benefício, dependendo da data da realização de cada contribuição. Esta tributação é exclusiva, não sendo compensável na declaração de ajuste anual.
- Residente fiscal no exterior – se residente fiscal no exterior a tributação será fixa de 25% exclusiva na fonte. Nesta opção é obrigatório o envio do comprovante de saída definitiva do país.

Declaro estar plenamente ciente de que a opção ora exercida é definitiva, não podendo mais ser alterada e que ocorrerá a incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido. Anexo documentos comprobatórios (CPF/RG ou CNH do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, certidão de casamento e comprovante dos dados bancários) bem como a declaração dos meus dependentes e minha opção pelo Multiportfólio.

Dia ..... de ..... de .....

.....  
Assinatura do Participante

**Requerimento de benefício de aposentadoria previdencial**

Atualizado em julho/2023

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065  
WhatsApp: (11) 5039-1628  
cargillprev\_spom@cargill.com



Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower  
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP  
[www.cargillprev.com.br](http://www.cargillprev.com.br)

# REQUERIMENTO DE OPÇÃO DO MULTIPORTFÓLIO (ANEXO REQUERIMENTO DE APOSEN)

Plano II - 01 de 01

Você só deve preencher este formulário caso a sua opção de recebimento do benefício seja  
**Renda por Cotas, Renda por Prazo ou Renda por Valor.**

**MATRÍCULA:**

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

## OPÇÃO PERFIL DE INVESTIMENTOS (SELECIONE APENAS UMA OPÇÃO):

PERFIL ATUAL:

### NOVO PERFIL:

- PERFIL CICLO DE VIDA
- PERFIL SUPERCONSERVADOR
- PERFIL CONSERVADOR
- PERFIL MODERADO
- PERFIL ARROJADO
- PERFIL SUPER ARROJADO

Declaro estar ciente que só poderei alterar a alocação nos perfis de investimento nos períodos de campanha que ocorrem em junho e em dezembro.

Dia ..... de ..... de .....

Assinatura do Participante

**Requerimento de benefício de  
aposentadoria previdencial**

Atualizado em julho/2023

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065  
WhatsApp: (11) 5039-1628  
cargillprev\_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower  
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP  
[www.cargillprev.com.br](http://www.cargillprev.com.br)

# RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

Plano II - 01 de 02

**MATRÍCULA:**

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

## BENEFICIÁRIO 1:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SEXO: DEP. DE IR:

MASC.:  FEM.:  SIM  NÃO

## BENEFICIÁRIO 2:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SEXO: DEP. DE IR:

MASC.:  FEM.:  SIM  NÃO

## BENEFICIÁRIO 3:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO:

SEXO: DEP. DE IR:

MASC.:  FEM.:  SIM  NÃO

**Requerimento de benefício de  
aposentadoria previdencial**

Atualizado em julho/2023

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065  
WhatsApp: (11) 5039-1628  
cargillprev\_spom@cargill.com

## RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

### BENEFICIÁRIO 4:

.....

CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	PARENTESCO:			
.....	.....	.....			
		SEXO:	DEP. DE IR:		
		<input type="radio"/> MASC.:	<input type="radio"/> FEM.:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO

.....

### BENEFICIÁRIO 5:

.....

CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	PARENTESCO:			
.....	.....	.....			
		SEXO:	DEP. DE IR:		
		<input type="radio"/> MASC.:	<input type="radio"/> FEM.:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO

.....

Anexo documentos comprobatórios dos beneficiários (documento pessoal, comprovante de residência, certidão de casamento e nascimento).

Dia ..... , de ..... de .....

.....  
Assinatura do Participante