

## REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DEPENDENTES NO IR \_\_\_\_\_

NOME DO BANCO \_\_\_\_\_ Nº DA AGÊNCIA \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

### TIPO DE BENEFÍCIO

- Aposentadoria Antecipada     Aposentadoria Normal     Aposentadoria por Invalidez
- Benefício Proporcional

### OPÇÕES DE PAGAMENTO

- Solicito pagamento único de \_\_\_\_\_% (**de 0% até 25% e percentuais inteiros**) do Saldo de Conta Total, sendo o restante do Saldo de Conta Total transformado em renda mensal de acordo com uma das opções abaixo:
- Pagamento mensal a ser efetuado por um período determinado de \_\_\_\_\_ anos (**mínimo 10 e máximo 15 anos**).
- Pagamento mensal de \_\_\_\_\_% (**percentual de 0,1% a 1,5%**) do Saldo de Conta Total.
- Pagamento mensal de renda vitalícia a ser paga por Entidade Aberta de Previdência Complementar ou Seguradora.

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

### Antes de preencher o formulário consultar as orientações de preenchimento abaixo:

Preencha o nome e todas as demais informações em letra de forma e sem abreviaturas. O formulário não pode conter rasuras, estar sem data ou assinatura. Nestes casos, a solicitação será indeferida e processada apenas com o recebimento de um novo formulário. Para os formulários recepcionados na Prevmon até o dia 10 de cada mês, o pagamento ocorrerá no 5º dia útil do mês. Após esta data, o crédito ocorrerá no 2º mês subsequente.

### Importante:

Em caso de aposentadoria por Invalidez, cópia da carta de concessão do Auxílio-doença ou Aposentadoria por Invalidez do INSS e atestado de invalidez emitido pela área Médica da Monsanto, Laudo Pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, caso seja portador de doença que o isente de Imposto de Renda. Observação: Para Desconto de Pensão Alimentícia é necessário o envio de Ofício Judicial dirigido à Prevmon contendo os dados cadastrais e bancários do(a) pensionista alimentar.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Solicito a concessão do benefício indicado, declarando ter ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do Plano de Benefícios da Prevmon CV.

.....  
Local

.....  
Data

.....  
Assinatura do participante