

## I. DADOS DO ASSISTIDO

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão/UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pessoa Politicamente exposta (\*): Sim ( ) Não ( )

Especificar cargo/função ocupada \_\_\_\_\_

Data de início do benefício (DIB): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## II. REQUERIMENTO

Tendo em vista o artigo 34, parágrafo 2º, do Regulamento do Plano Embraer Prev, solicito o pagamento de \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) do saldo remanescente da minha Conta Identificada de Benefício – CIB.

## III. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Preencher, datar e assinar este Requerimento e anexar os seguintes documentos:

- Cópia do CPF;
- Cópia do RG; e
- Documento de dependentes para fins de desconto no Imposto de Renda, no caso de cônjuge a certidão de casamento.

## IV. DECLARAÇÃO

Declaro que estou ciente que este pagamento poderá ser realizado no percentual de até 25%, uma única vez durante o período de concessão de meu benefício, com base na cota válida para aquele mês, sendo esta calculada considerando-se movimentações financeiras do mês anterior, nos termos do Regulamento do Plano.

Declaro ainda, estar ciente que, a partir deste pagamento, será realizado o recálculo do meu benefício mensal, com base no saldo remanescente da Conta Identificada de Benefício – CIB, observado que em caso do benefício do Plano ficar inferior a 1 (uma) URP – Unidade de Referência do Plano poderei, a meu critério, receber sob a forma de pagamento único o saldo remanescente da minha Conta Identificada de Benefício – CIB, cessando com este pagamento todas as obrigações do Plano em relação a mim e aos(s) meu(s) beneficiário(s) ou herdeiro(s).

A EMBRAER PREV realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Neste sentido, declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da EMBRAER PREV, disponível no portal institucional <https://www.embraerprev.com.br/>

## V. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Assistido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Assistido

---

### Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Recebido por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da EMBRAER PREV