



### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Empresa:	Data de desistência:
Nome:		
Telefone:	E-mail particular:	

### 2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, vem requerer o **DESISTÊNCIA** de sua inscrição no **Plano de Benefícios CD-Metrô-DF**, em virtude do §9º do art. 10 do Regulamento do Plano, onde fica assegurado ao Participante que tiver a inscrição automática neste Plano, o direito de requerer o cancelamento de sua inscrição processada automaticamente no prazo de até 120 (cento e vinte) dias da data da inscrição, e a restituição de contribuições pessoais vertidas, atualizadas pela variação da cota patrimonial do Plano, a ser paga em até 60 (sessenta) dias contados da data do protocolo do pedido de cancelamento na Entidade.

- Declara estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do **Plano de Benefícios CD-Metrô-DF** (Benefício Programado e Benefício por Invalidez).  
 Sim  Não
- O Participante declara estar ciente que encerrada a vigência da inscrição no plano benefícios em referência, ou não havendo mais a necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Previdência BRB interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados pelo Participante, bem como as cópias porventura existentes, sejam em formato digital ou físico, podendo inclusive eliminá-los, salvo quando a Previdência BRB tenha que manter a integridade dos dados pessoais para o cumprimento de obrigação legal, regulatória, ou outra hipótese especificada na legislação brasileira.  
 Sim  Não
- Você está ciente de que perderá a contribuição do seu Patrocinador no mesmo valor da sua contribuição, que dobra a sua reserva previdenciária?  
 Sim  Não
- Você está ciente de que ao abrir mão do seu Plano de Previdência perderá o benefício fiscal no IRPF, que possibilita deduzir até 12% da sua renda bruta anual tributável?  
 Sim  Não
- Você está ciente que estará abrindo mão de possibilitar o planejamento sucessório (pecúlio) a seus dependentes?  
 Sim  Não

### 3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do requerente

### 4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Diretoria:

Autorizado

Não autorizado

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Favor proceder conforme solicitação do Participante.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência

Assinatura/carimbo da Área de Previdência