

À  
Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil  
Praia de Botafogo, 501/3º andar 22250-040 - Rio de Janeiro-RJ

Eu, , CPF nº , desligado do Banco do Brasil S.A. em , onde possuía matrícula , diante das opções relacionadas pelo Regulamento do Plano de Benefícios 1, venho expressar minha opção pela alternativa abaixo assinalada:

**Complemento Antecipado de Aposentadoria** de acordo com o art. 44 do Regulamento do Plano de Benefícios 1.

**AUTOPATROCÍNIO** - permanência no Plano de Benefícios 1 mediante a manutenção do pagamento das contribuições pessoais e as que caberiam ao ex-empregador, conforme arts. 8º II, 15, 16 e 97 II, do Regulamento do Plano de Benefícios 1, por meio de débito na corrente/DV nº , mantida na agência/DV nº  do Banco do Brasil S.A., para obtenção do Complemento de Aposentadoria, assegurado aos meus beneficiários habilitados o benefício de pensão. **Base de cálculo das contribuições para fins de Autopatrocínio:**

VP + AN  VP + AN + Vantagens (média dos 12 últimos salários de participação)

**BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)** - permanência no Plano de Benefícios 1, com suspensão do pagamento de contribuições, para recebimento de Renda Mensal Vitalícia calculada atuarialmente em função de esperança de vida e da estimativa da duração da pensão por morte, devida a meus beneficiários, ambas apuradas na data de início do pagamento, qual seja, a ocorrência de aposentadoria pela Previdência Oficial Básica, inclusive por invalidez ou morte no período de diferimento, conforme Art. 8º III, 17, 18 e 97 III, do Regulamento do Plano de Benefícios 1.

**PORTABILIDADE** - portar os recursos financeiros correspondentes ao meu direito acumulado, calculado na forma do artigo 21 e parágrafos do Plano de Benefícios 1, para outro plano de benefícios de caráter previdenciário operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar o referido plano, conforme Art. 8º IV, 19 ao 22 e 97 IV, do Regulamento do Plano de Benefícios 1.

**Dados da Entidade Receptora para fins de Portabilidade:**

Entidade:  CNPJ:   
Plano Receptor:   
Inscrição Estadual  Inscrição Municipal   
Endereço:  Bairro   
Cidade:  Estado:  CEP:   
Tel.:  Fax:   
Responsável:  Cód. Banco:   
Nome do Banco:  Agência/DV:  Conta /DV

**RESGATE** - das contribuições pessoais vertidas para a Parte Geral e Parte Opcional, se houver, a partir de 4/3/1980 até a data do cancelamento do Plano, e ainda, se for o caso, uma Renda Mensal Temporária por Desligamento do Plano, mediante cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios, conforme Art. 8º I, 13, 14, 49 e 97 I, do Regulamento do Plano de Benefícios 1, deduzidas as taxas de administração incidentes.

**Forma de pagamento do Resgate:**

em parcela única (à vista)  em  parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas)

**Forma do crédito e/ou débitos relacionados ao Resgate:**

crédito na conta corrente/DV: , mantida na agência do BB, prefixo/DV:

autorizo a debitar a conta corrente acima na hipótese de eventuais acertos na Folha de Pagamento do Patrocinador, Banco do Brasil S.A., decorrentes das contribuições vertidas para o Plano de Benefícios 1.

## Endereço residencial

Endereço:  Bairro:

Cidade:  Estado:  CEP:

Telefone (DDD):   Fax (DDD):

E-mail:

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

INFORMAÇÕES DA DEPENDÊNCIA - Abonamos a assinatura do requerente:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

Documentos: (01) cópia da rescisão de contrato de trabalho, no caso de desligamento por exoneração.

**Selecione em sua impressora a opção Frente e Verso.**