

## DADOS DO PARTICIPANTE:

Nome:		CPF:		
Endereço:		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:		CEP:	UF:
Telefone:	Celular:	E-mail:		

Por ocasião da cessação do vínculo empregatício com o patrocinador e da opção pelo Benefício Proporcional Diferido, o participante acima identificado declara pleno conhecimento dos termos do Regulamento do Plano de Contribuição Definida e opta pelo Instituto da Portabilidade. Esta opção tem caráter irrevogável e irretratável.

( ) **PORTABILIDADE** – Transferência do Saldo de Contribuição para outra entidade de previdência fechada ou aberta. **Esta opção tem caráter irrevogável e irretratável. Preencha os dados da Entidade Receptora a seguir:**

Nome da Entidade Receptora:		CNPJ:
Nome do Responsável:	Telefone de Contato:	
Nome do Plano:	Tipo de Plano:	
N.º Registro SUSEP/CNPB:	Endereço da Entidade:	
Banco:	N.º da Agência:	N.º da Conta:

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

## PARA USO EXCLUSIVO DA GERDAU PREVIDENCIA

Elaboração:	Aprovação:
-------------	------------