



DADOS DO PARTICIPANTE

NOME _____		DATA DE NASCIMENTO _____ / /	
INSCRIÇÃO _____	CPF _____	TELEFONE _____ ()	
ENDEREÇO _____			
CIDADE _____	UF _____	CEP _____	E-MAIL _____
NOME DO TITULAR DA CONTA _____		CPF DO TITULAR DA CONTA _____	
BANCO _____	AGÊNCIA _____	NÚMERO DA CONTA _____	TIPO _____ <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA

Importante:

Conta bancária: Deve ser do(a) titular do plano. Em caso de menores de idade, poderá ser depositada na conta bancária dos responsáveis legais.

Conta poupança: Somente Caixa Econômica Federal (CEF).

SINALIZE A(S) SUA(S) ESCOLHA(S)

- Contribuições básicas _____ % (limitado a 20%)
- Contribuições eventuais (aportes) _____ % (limitado a 100%)
- Portabilidade _____ % (limitado a 100%)

ESCOLHA SEU CRITÉRIO DE TRIBUTAÇÃO

- Antecipada - Alíquota Progressiva Definitiva - Alíquota Regressiva

De acordo com a Lei nº 14.803, DE 10 DE JANEIRO DE 2024, que altera a Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, a opção pelo regime tributário poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados em planos de benefícios operados por entidade de previdência complementar ou por sociedade seguradora ou em Fapi e será irrevogável.

▶ Após o preenchimento do Termo, enviá-lo para o e-mail: planofamilia@fcopel.org.br

▶ Observamos que os valores para resgate parcial podem sofrer alterações de acordo com a variação da cota.

▶ Informamos que o prazo para pagamento do resgate é de até o último dia útil do mês subsequente a data de solicitação do resgate.

FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL | CNPJ: 75.054.940/0001-62

PLANO INSTITUÍDO FAMÍLIA COPEL | CNPJ: 48.307.654/0001-99

CNPB: 2017.0014-65

NOME INSTITUIDOR: AFC IEP ACP

LOCAL _____	DATA _____ / /	ASSINATURA DO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE LEGAL _____
-------------	-------------------	--