

DADOS DO PARTICIPANTE:

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

DADOS BANCÁRIOS:

Nome do Banco:	Nº. da Agência:	Nº. da Conta:	Tipo de Conta: () Conta Corrente () Conta Poupança
-----------------------	------------------------	----------------------	--

Venho, pelo presente, requerer, nos termos do Regulamento do Plano de Contribuição Definida Gerdau, o benefício de Auxílio doença.

Declaro ter ciência de que:

- O Participante deverá apresentar documento que comprove a manutenção do benefício de auxílio-doença pela Previdência Social (INSS) nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, sob pena de suspensão do Benefício de Auxílio-Doença do Plano.

Declaro ter ciência de que esse benefício será devido pela Sociedade durante a vigência do auxílio doença na Previdência Social ou período atestado por clínico credenciado pela Patrocinadora, limitado em 24 meses.

Considerando meu afastamento do trabalho por motivo de doença ou acidente e a consequente perda total de remuneração, opto pelo instituto do autopatrocínio, conforme item 3.11.3 do Regulamento de Benefícios.

Tenho ciência que caso:

- opte por efetuar o pagamento da minha contribuição (até o 3º dia útil do mês subsequente ao da competência), a Patrocinadora efetuará o recolhimento das contribuições da sua responsabilidade, inclusive a referente ao custeio das despesas administrativas, conforme item 3.11.3 do Regulamento de Benefícios.
- não efetue o recolhimento das contribuições por 3 (três) meses, perderei definitivamente o direito de beneficiar das disposições constantes no item 3.11, desde que previamente comunicado por escrito pela Gerdau Previdência.
- opte pelo desconto da contribuição na folha de pagamento de Benefício de auxílio doença da Gerdau previdência e não houver o desconto por qualquer motivo, devo efetuar o recolhimento da contribuição através de boleto bancário até o 3º dia útil do mês subsequente ao da competência.

OPTO PELO AUTOPATROCINIO DECORRENTE DO AFASTAMENTO POR DOENÇA:	FORMA DE RECOLHIMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES:
() SIM () NÃO	() Boleto Bancário () Desconto em folha de pagamento do benefício de Auxílio Doença

(Local / Data)

(Assinatura do Participante)

PARA USO EXCLUSIVO DA GERDAU PREVIDENCIA

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