

**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:

- Devo 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;
- O benefício será devido durante a vigência do auxílio-doença na Previdência Social ou período atestado por clínico credenciado pela Patrocinadora, limitado em 24 meses. Caso, anteriormente, já tenha recebido benefício, a complementação encerrará ao atingir o período previsto;
- O valor da complementação de auxílio-doença, corresponde à diferença entre o valor do salário base do Participante (não são considerados adicionais) e a renda mensal do INSS. Caso o benefício do INSS seja superior salário base, não há complementação;

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 do Regulamento de Benefícios e seus subitens. 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, conforme item 3.11 do Regulamento do Plano e seus subitens;
- Não efetue o recolhimento das contribuições por 3 (três) meses, perderei definitivamente o direito de beneficiar das disposições constantes no Regulamento do Plano;
- 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;
- Caso tenha débitos de empréstimo junto a Gerdau Previdência e tenha direito a complementação de auxílio-doença, do valor da complementação serão deduzidos eventuais débitos em atraso até a sua completa liquidação, caso haja margem.

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:
--------------------	-------------------