Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil) e (profissão), inscrito no CPF/MF, sob nº ( \_\_\_\_\_\_\_), portador do RG nº(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), Número Funcional (\_\_\_\_), (endereço completo), (e-mail), (telefone), (nome do cargo) do (nome do órgão), solicito à Fundação de Previdência Complementar do Estado do Espírito Santo – PREVES, a alteração da minha classificação de participante ativo para o instituto Optante do Benefício Proporcional Diferido, conforme previsão no Regulamento PREVES SE.

Declaro que tenho ciência que após o recebimento desta solicitação pela Fundação, a PREVES emitirá o requerimento formal de Opção do Benefício Proporcional Diferido para minha assinatura e posterior devolução à PREVES.

Declaro ainda, que tenho conhecimento de que o requerimento formal deverá ser assinado com firma reconhecida em cartório, devendo a data firmada no requerimento ser a mesma da autenticação da assinatura.

Local e data

Assinatura do requerente