

PLANO I – BENEFÍCIO APOSENTADORIA



Identificação	Nome Completo Participante			Matrícula
	CPF		RG	

Endereço	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)			Número	Complemento	
	Bairro		Cidade		UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	E-mail	

Dados Bancários	Banco	Agência	Conta Corrente	Dígito
-----------------	-------	---------	----------------	--------

De acordo com o disposto no Capítulo VII – Seção I - Artigos 26 e 27 e Seção II – Art. 31 § 1º, do Regulamento do **Plano de Benefícios I** da Mutuoprev, **OPTO** pelo recebimento dos valores devidos e disponíveis em meu nome, forma abaixo especificada:

Opção A	<input type="radio"/>	Renda Mensal por Prazo Determinado – pelo prazo de <input type="text"/> anos (o prazo mínimo de recebimento não poderá ser inferior a 05 (cinco) anos).
Opção B	<input type="radio"/>	Renda Mensal por Prazo Indeterminado – Equivalente ao percentual de <input type="text"/> % sobre o saldo total constituído na Conta Benefício (Porcentual de livre escolha entre as alíquotas de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) e 1,5% (um e meio por cento). Este porcentual escolhido poderá ser alterado após decorrido o prazo de no mínimo 12 (doze) meses.

Com base na Lei nº 14803 de 10/01/2024, solicito à Mutuoprev que os valores devidos, a título de imposto de renda, sejam apurados de acordo com a seguinte opção ao Regime de Tributação assinalada abaixo:

Regime de Tributação	<input type="checkbox"/>	Progressivo	Estou ciente de que haverá incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com a tabela vigente, e que estes valores deverão ser informados na declaração anual de Imposto de Renda.
	<input type="checkbox"/>	Regressivo	Estou ciente de que a alíquota de incidência de Imposto de Renda é calculada em função do prazo de acumulação de cada aporte realizado. A tributação pela tabela regressiva se dá de forma exclusiva e os valores recebidos são tributados de forma definitiva na fonte.

A partir da opção pelo regime descrito acima, esta será irrevogável, conforme disposta na Lei nº 14803 de 10/01/2024, Art. 1º § 6º.

Local e Data

Assinatura

A assinatura deverá estar reconhecida em cartório.

MUTUOPREV - Entidade de Previdência Complementar

Rua Libero Badaró 293 Cj. 31 A - Cep. 01009/000 - São Paulo /SP

Fones: (11) 3244-2540 (Região Metropolitana de São Paulo) / 0800 778 2222 (Interior e Outros Estados) / WhatsApp: (11) 93496-7749

E-mail: mutuoprev@mutuoprev.com.br Site: www.mutuoprev.com.br