

PLANO MUNICÍPIOS– TERMO DE ADESÃO (GAROPABA)



Identificação	Nome Completo do Participante			Matrícula
	Data de Nascimento	CPF	RG	
	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade	UF
	Filiação (Mãe)		Filiação (Pai)	
	Estado Civil	Nome Completo do Cônjuge		

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

Opção de Pagamento	Contribuição Básica (Mensal e Obrigatória)	Contribuição Adicional (Mensal e facultativa)	Cont. Risco (opcional c/ contrato seguro de vida)
	Percentual de: % (Entre 3% e 8,5%)	Percentual de: % (mínimo de 3%)	Prêmio: R\$ ----- Capital: R\$

Relação de beneficiários (Art. 6º do Regulamento)

(Consideram-se beneficiários, as pessoas designadas pelo participante)

Beneficiários	Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	%

Declaro estar ciente de que a indicação de beneficiários, em desacordo com o Art. 6º do Regulamento do Plano de Benefícios Mutuoprev Municípios, será desconsiderada pela Mutuoprev.

A habilitação dos beneficiários indicados ocorrerá quando da concessão do benefício, mediante documentação comprobatória.

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

PLANO MUNICÍPIOS– TERMO DE ADESÃO (GAROPABA)



Considerando o previsto na Lei 14.803 de 10/01/2024, a opção por uma das tabelas de tributação vigentes de Imposto de Renda, devem ocorrer por ocasião da obtenção do benefício ou do primeiro resgate dos valores acumulados.

Politicamente Exposta	Pessoa Politicamente Exposta (preenchimento obrigatório): (<input type="radio"/>) SIM (<input type="radio"/>) NÃO Conforme Instrução PREVIC nº 18 de 24/12/2014, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo.	
	Se a resposta for positiva, informar:	
	Função	Período De _____ a _____
	Há familiares, pessoas próximas e/ou representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos 5 anos, uma das funções públicas relevantes: (<input type="radio"/>) SIM (<input type="radio"/>) NÃO	
	Se a resposta for positiva, informar:	
Nome Completo	CPF	
Função	Período De _____ a _____	

Na qualidade participante da Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar, declaro que o presente Termo de Adesão ao Plano Municípios – Mutuoprev, cujas condições do Regulamento do referido plano me foram disponibilizadas e aceitas, contém dados cadastrais atualizados por mim, pelos quais me responsabilizo.

Termo de Consentimento e Compromisso	<p>Estou ciente de que para fazer jus à coberturas e benefícios da MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, devo sempre manter meus dados cadastrais atualizados, informando à Mutuoprev, sobre quaisquer alterações com a maior brevidade possível.</p> <p>Autorizo a Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar, CNPJ nº 12.905.021/0001-35, com sede na Rua Libero Badaró, 293 – 31º andar – CJ. 31-A – Centro, São Paulo – SP, a dar tratamento de meus dados pessoais, quando necessários, em conformidade com a Lei 13709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, e dos Acordos Internacionais firmados pelo Brasil.</p>
---	--

Local e Data

Assinatura

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