

**PORTABILIDADE – SAÍDA**

Nome	RG	Data de Nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matrícula	CPF	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Considerando o disposto no Capítulo VIII, Seção II, artigos 43 e 44, do Regulamento do **Plano de Benefícios Abefin – ABEFINPREV**, administrado pela MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, opto pela transferência dos recursos financeiros correspondentes ao meu direito no Plano (Portabilidade). Declaro estar ciente de que esta opção é irrevogável, irretroatável e implica a cessação de todos os compromissos da ABEFINPREV com relação ao participante e seus dependentes.

**Origem dos Recursos**

Nome da Entidade	CNPJ	Nome do Plano	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código SUSEP/CNPB	Modalidade	Regime de Tributação	Data de Ingresso no Plano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Destino dos Recursos**

Entidade/Seguradora/Administradora	CNPJ	Nome do Plano		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código SUSEP/CNPB	Modalidade	Regime de Tributação	Data de Ingresso no Plano	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome Completo do Titular da Conta de Destino				
<input type="text"/>				
Banco	Agência	Tipo	Nº da Conta Corrente	Dígito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Anexar:**

- Carta da Entidade/Seguradora/Administradora informando os dados do participante, bem como os dados do plano Receptor da Entidade/Seguradora/Administradora (em papel timbrado);
- Termo de Portabilidade da Seguradora (assinado e com firma reconhecida – participante e pessoa responsável na Entidade/Seguradora/Administradora).

\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura Participante\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura – EAPC/EFPC/SEGURADORA**As assinaturas devem ser reconhecidas em cartório****Preencha o formulário, imprima, assine e encaminhe para a MUTUOPREV**