

# PLANO II – BENEFÍCIO APOSENTADORIA (ISENÇÃO IR – MOLÉSTIA GRAVE)



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 ( <input type="radio"/> ) ou Poupança ( <input type="radio"/> )	Dígito
-----------------	-------	---------	--	--------

De acordo com o disposto no Artigo 9º do Regulamento do **Plano de Benefícios II** da Mutuoprev, **OPTO** pelo recebimento dos valores devidos e disponíveis em meu nome, na forma abaixo especificada:

Opção A	<input type="radio"/>	Receber <input type="text"/> % (limitado até 25%) do saldo da Conta Benefício na forma de pagamento único e o saldo remanescente transformado em renda mensal, por <input type="text"/> meses (prazo mínimo de 60 meses e limitado em até 120 meses)
Opção B	<input type="radio"/>	Receber 100% do saldo da Conta Benefício, transformado em renda mensal, por <input type="text"/> meses (prazo mínimo de 60 meses e limitado em até 120 meses).

A renda mensal do benefício corresponderá ao número de cotas determinado pela divisão do saldo total da Conta Benefício, existente em nome do participante, pelo prazo de recebimento.

Estou ciente que, em qualquer das opções, o valor da renda mensal do Benefício de Aposentadoria **não poderá ser inferior a 30 (trinta) URP (Unidade de Referência Patrimonial - Cota)**.

### Documentos solicitados:

- 1 Laudo Pericial assinado por médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios
- 1 Cópia da Carta de Concessão de Aposentadoria pelo INSS
- 1 Cópia simples do comprovante de conta corrente ou poupança em nome do participante e
- 1 Formulário original, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma da assinatura em cartório.

Com base na Lei 7713, de 22/12/1988, solicito isenção de Imposto de Renda na Fonte, incidente sobre os recursos a serem recebidos dessa Entidade, juntando os documentos solicitados, conforme determina a legislação aplicável.

Local e Data

Assinatura

**A ASSINATURA DEVE SER 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](mailto:mutuoprev@mutuoprev.com.br) Site: [www.mutuoprev.com.br](http://www.mutuoprev.com.br)