

PLANO II – TERMO DE OPÇÃO RESGATE (ISENÇÃO DE 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 Art. 17 do Regulamento do **Plano de Benefícios II da Mutuoprev**, venho requerer o recebimento dos valores devidos e disponíveis em meu nome, conforme opções abaixo:

Opção A	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> % das contribuições oriundas de portabilidade
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> % das contribuições extras vertidas para o plano
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> % até 20% das contribuições básicas

Estou ciente de que para essas opções acima, de RESGATE PARCIAL, permanecerei como Participante ATIVO do Plano.

Opção B	<input type="radio"/>	RESGATE TOTAL do saldo existente na conta benefício em parcela única.
	<input type="radio"/>	RESGATE TOTAL do saldo existente na conta benefício em <input type="text"/> parcelas mensais e consecutivas. (limite máximo 12 parcelas).

Declaro estar ciente de que esta opção, de RESGATE TOTAL, é irrevogável, irretroatável e implica a cessação da qualidade de Participante deste Plano II, bem como dos meus beneficiários indicados e de todos os direitos previstos no Regulamento.

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 Solução de Consulta DISIT/SRRF08 nº 4009, de 07/03/2025, 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 Site: www.mutuoprev.com.br