

## PLANO II – TERMO DE OPÇÃO PORTABILIDADE - RECEPÇÃO



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

Considerando o disposto no Artigo 16 do Regulamento do **Plano de Benefícios II** da Mutuoprev, opto pela transferência dos recursos financeiros correspondentes ao meu direito no Plano (Portabilidade).

Origem dos Recursos	Nome da Entidade			CNPJ
	Nome do Plano	CNPB/SUSEP	CNPJ do Plano	Modalidade

Destino dos Recursos	Nome da Entidade			CNPJ
	Nome do Plano	CNPB/SUSEP	CNPJ do Plano	Modalidade

Dados Bancários Do Plano Receptor	Banco	Agência	Conta Corrente	Dígito
-----------------------------------	-------	---------	----------------	--------

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**

**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)