

# PLANO MUNICÍPIOS – CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO (PARTICIPANTE ATIVO)



Identificação	Nome Completo do Participante	Matrícula
	CPF	RG

Solicito o cancelamento de minha inscrição ao Plano, considerando o prazo regulamentar previsto de 60 dias da data de adesão, processada automaticamente em , bem como a devolução das contribuições pagas, com os respectivos valores atualizados pela variação do índice do Plano, a serem pagos no prazo máximo de 30 dias a contar do protocolo desta solicitação, conforme Regulamento do Plano de Benefícios Mutuoprev Municípios, Capítulo II, Seção IV – Art. 8º § 2º.

Estou ciente de que o crédito será efetivado pelo RH da Prefeitura, em minha folha de pagamento.

---

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](mailto:mutuoprev@mutuoprev.com.br) Site: [www.mutuoprev.com.br](http://www.mutuoprev.com.br)