

# PLANO MUNICÍPIOS– TERMO DE INSCRIÇÃO (GAROPABA)



<b>Identificação</b>	Nome Completo do Participante			Matrícula
	Data de Nascimento	CPF	RG	
	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade	UF
	Filiação (Mãe)		Filiação (Pai)	
	Estado Civil	Nome Completo do Cônjuge		

<b>Endereço</b>	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)			Número	Complemento
	Bairro		Cidade	UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	E-mail

<b>Opção de Pagamento</b>	Contribuição Básica (Mensal e Obrigatória)		Contribuição Adicional (Mensal e facultativa)		Cont. Risco (opcional c/ contrato seguro de vida)
	Percentual de:        % (Entre 6,01% e 8,5%)		Percentual de:        % (mínimo de 3%)		Prêmio: R\$ ----- Capital: R\$

## Relação de beneficiários (Art. 6º do Regulamento)

(Consideram-se beneficiários, as pessoas designadas pelo participante)

<b>Beneficiários</b>	Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	%	

Declaro estar ciente de que a indicação de beneficiários, em desacordo com o Art. 6º do Regulamento do Plano de Benefícios Mutuoprev Municípios, será desconsiderada pela Mutuoprev.

A habilitação dos beneficiários indicados ocorrerá quando da concessão do benefício, mediante documentação comprobatória.

### 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)

Considerando o previsto na Lei 14.803 de 10/01/2024, a opção por uma das tabelas de tributação vigentes de Imposto de Renda, devem ocorrer por ocasião da obtenção do benefício ou do primeiro resgate dos valores acumulados.

<b>Politicamente Exposta</b>	<b>Pessoa Politicamente Exposta (preenchimento obrigatório):</b> ( <input type="radio"/> ) SIM ( <input type="radio"/> ) NÃO Conforme Instrução PREVIC nº 18 de 24/12/2014, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo.	
	<b>Se a resposta for positiva, informar:</b>	
	Função	Período De _____ a _____
	Há familiares, pessoas próximas e/ou representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos 5 anos, uma das funções públicas relevantes: ( <input type="radio"/> ) SIM ( <input type="radio"/> ) NÃO	
	<b>Se a resposta for positiva, informar:</b>	
Nome Completo	CPF	
Função	Período De _____ a _____	

Na qualidade participante da Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar, declaro que o presente Termo de Inscrição ao Plano Municípios – Mutuoprev, cujas condições do Regulamento do referido plano me foram disponibilizadas e aceitas, contém dados cadastrais atualizados por mim, pelos quais me responsabilizo.

<b>Termo de Consentimento e Compromisso</b>	<p>Estou ciente de que para fazer jus as coberturas e benefícios da MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, devo sempre manter meus dados cadastrais atualizados, informando à Mutuoprev, sobre quaisquer alterações com a maior brevidade possível.</p> <p>Autorizo a Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar, CNPJ nº 12.905.021/0001-35, com sede na Rua Libero Badaró, 293 – 31º andar – CJ. 31-A – Centro, São Paulo – SP, a dar tratamento de meus dados pessoais, quando necessários, em conformidade com a Lei 13709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, e dos Acordos Internacionais firmados pelo Brasil.</p>
---	---

Local e Data

Assinatura