

Nome do Participante: _____ CPF: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Nome do representante Legal: _____ CPF: _____

*Menores 18 (dezoito) anos

TERMO DE OPÇÃO

Tendo em vista a perda da qualidade de Participante Ativo junto ao OABPrev Santa Catarina, solicito:

O **CANCELAMENTO** de minha inscrição e o **RESGATE TOTAL** do saldo de minha conta individual com depósito do valor correspondente na conta corrente abaixo informada, da qual sou titular, após o cumprimento da **carência de 36 meses** estipulada no Regulamento do plano, em seu art.22, §4º.

Nome do Correntista: _____ CPF: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____ Operação*: _____

* Preenchimento obrigatório para contas da Caixa Econômica Federal.

Motivo do cancelamento: Financeiro Descontentamento Pessoal

Outros: _____

*Caso não tenha sido cumprida a carência de 36 meses deverá ser enviado novo termo de opção para solicitação do resgate quando do cumprimento da carência exigida pelo Regulamento. Se a conta indicada não for de sua titularidade é necessário o envio de uma **autorização registrada em cartório permitindo o depósito em conta de outra titularidade.***

Regime de Tributação

REGRESSIVO (Exclusivo) PROGRESSIVO (Dedutível)

Preenchimento obrigatório de acordo com a Lei nº 14.803

A alteração de minha inscrição para Participante Remido, com a suspensão do pagamento das contribuições e recebimento futuro do **Benefício Proporcional Diferido (BPD)**, quando forem cumpridas as condições de elegibilidade ao benefício.

PORTABILIDADE

O **CANCELAMENTO** de minha inscrição e a **PORTABILIDADE** do saldo correspondente a 100% do meu direito acumulado junto ao OABPrev-SC, bem como expresse minha total anuência quanto às informações constantes deste Termo, em conformidade com a legislação vigente e de acordo com o contido no Regulamento, conforme dados a seguir informados.

Só deverão ser preenchidos os dados a seguir caso opte por realizar a portabilidade.

DADOS PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE PORTABILIDADE ENTIDADE RECEPTORA		
Nome Entidade Administradora:		
CNPJ:	Regime de Tributação:	
CNPJ do Plano:	Nome do Plano:	
CNPB/SUSEP:	Tipo de Plano: <input type="radio"/> PGBL <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> CV <input type="radio"/> CM <input type="radio"/> EFPC Outros:	
Data de adesão:	Nº da matrícula:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Contato entidade receptora:		Fone:
E-mail:		
Dados Bancários entidade receptora:		
Nome do Banco:	Agência nº:	Conta corrente nº.:

Local, _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante/representante legal

Reservado ao OABPrev-SC

Recebido em: _____ Responsável: _____

O documento deverá ser preenchido e enviado para o e-mail contato@oabprev-sc.org.br juntamente com cópia de documento de identidade com foto.