

Nome do Participante: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\*Menores 18 (dezoito) anos

## RESGATE PARCIAL

Venho na forma prevista no Regulamento do Plano de Benefícios do OABPrev-SC optar pelo Resgate Parcial.

Estou ciente de que para exercer este direito está prevista a **carência de 36 meses de vinculação** ao Plano. **Uma nova solicitação de resgate parcial só poderá ser realizada após 24 meses.**

Opções de Resgate Parcial:

Valores oriundos de portabilidade (até 100%) \_\_\_\_\_ %

Valores pagos através de contribuição eventual/aporte (até 100%) \_\_\_\_\_ %

Valores oriundos da contribuição básica (até 20%) \_\_\_\_\_ %

Para tanto informo meus dados bancários para depósito:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Operação\*: \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório para contas da Caixa Econômica Federal.

<b>Regime de Tributação</b>	
REGRESSIVO (Exclusivo) <input type="checkbox"/>	PROGRESSIVO (Dedutível) <input type="checkbox"/>
Preenchimento obrigatório de acordo com a Lei nº 14.803. O regime de tributação escolhido neste momento não poderá ser alterado posteriormente na ocasião de um novo resgate.	

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante/representante legal

Reservado ao OABPrev-SC Recebido em: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

Deverá ser enviado junto com o formulário cópia de documento de identidade com foto para o e-mail [contato@oabprev-sc.org.br](mailto:contato@oabprev-sc.org.br)