

ANEXO II

TERMO DE CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO NO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE MATO GROSSO

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DEFENSORA PÚBLICA-GERAL

NOME:

MATRÍCULA:

CPF:

LOTAÇÃO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-
MAIL:

Segue o presente pedido de cancelamento da minha inscrição no Plano de Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso, nos termos do art. 8º da Lei Complementar nº 670, de 04 de setembro de 2020 e do art. 5º da Resolução nº ____/2023/DPG.

Declaro estar ciente de que:

I - o cancelamento da inscrição no Plano de Previdência Complementar não implica em revogação da opção por migrar para o Regime de Previdência Complementar, diante da sua irrevogabilidade e irretratabilidade, conforme art. 3º da Resolução nº ____/2023/DPG e § 6º do art. 2º, da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência;

II - caso o cancelamento da inscrição no Plano de Previdência Complementar ocorra no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de protocolo da opção por migrar para o Regime de Previdência Complementar, é assegurado o direito à restituição das contribuições realizadas nesse interregno, o que não constitui resgate;

III - caso o cancelamento da inscrição no Plano de Previdência Complementar ocorra fora do prazo descrito no item anterior, as contribuições não serão restituídas, conforme prevê o § 4º do art. 8º da Lei Complementar nº 670, de 2020.

IV - o presente Termo de Cancelamento deve ser protocolado exclusivamente pelo sistema de protocolo eletrônico destinado à Diretoria da Gestão de Pessoas, de modo que caso seja encaminhado de forma diversa não será dado o processamento;

V - a ficha de cancelamento da PREVCOM-MT, devidamente preenchida e assinada, deve acompanhar o presente Termo de Cancelamento no momento do seu protocolo;

VI - o cancelamento da inscrição no Plano de Previdência Complementar produz efeitos a partir da data de protocolo do Termo de Cancelamento, de modo que as providências internas serão adotadas considerando esse marco temporal;

VII - caso o Termo de Cancelamento seja protocolado após o fechamento da folha de pagamento da instituição, os valores relacionados à contribuição previdenciária do Regime Complementar serão restituídos na folha subsequente.

_____/MT, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura

Código de autenticação: 423f8678

Consulte a autenticidade do código acima em https://homolog.iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar