

PARTICIPANTE

O SIGNATÁRIO, na qualidade de participante do Plano de Benefícios nº 1 - COSIprev, em conformidade com o previsto no respectivo regulamento, **requer o resgate parcial** do saldo de conta, conforme a opção assinalada abaixo.

O SIGNATÁRIO, **declara estar das condições regulamentares relativas ao resgate parcial, bom como declara que não está em gozo de benefício.**

Poderá ser objeto de resgate parcial:

- Saldo de Contribuições Voluntárias:** O saldo da conta de participante constituído por contribuições voluntárias e aportes específicos.
- Saldo de Contribuições Básicas:** O saldo da conta de participante constituído por contribuições básicas, **limitado a 10%.**
- Recursos Portados de Entidade Aberta ou Seguradora:** Os valores registrados no saldo de conta de recursos portados, referentes a recursos constituídos em plano de benefícios administrado por entidade aberta de previdência complementar ou companhia seguradora.
- Recursos Portados Após 01/01/2023 – Entidade Fechada:** Os valores portados a partir de 1/1/2023, inclusive, e registrados no saldo de conta de recursos portados referentes a recursos constituídos pelo participante em plano de benefícios administrado por entidade fechada de previdência complementar, **desde que** tenha sido cumprido o prazo de 36 (trinta e seis) meses a contar da data da portabilidade.
- Recursos Portados Após 1/1/2023 – Instituidor Administrado por Entidade Fechada:** Os valores portados a partir de 1/1/2023, inclusive, e registrados no saldo de conta de recursos portados referentes a recursos constituídos em plano de benefícios instituído por instituidor administrado por entidade fechada de previdência complementar.

Declaração de Ciência:

- Declaro estar ciente** de que, para cada resgate parcial posterior, deve-se observar o período mínimo de 36 (trinta e seis) meses, a contar da data do último resgate parcial efetuado.
- Declaro estar bem-informado** quanto aos efeitos do resgate parcial, que reduzirá meu saldo de conta e poderá impactar no valor de futuro benefício.
- Declaro estar ciente** que eventuais débitos junto ao plano serão descontados do resgate parcial.

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME		CPF
MATRÍCULA	PATROCINADORA	DATA DE INSCRIÇÃO

DADOS PARA CONTATO

E-MAIL	TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR
--------	---------------	------------------

OPÇÕES DE RECEBIMENTO

	PERCENTUAL %	OU	VALOR R\$
CONTRIBUIÇÕES VOLUNTÁRIA	_____		_____
SALDO DA CONTA DE PARTICIPANTE LIMITE DE 10%	_____		_____
SALDO DE CONTA DE RECURSOS PORTADOS EAPC	_____		_____
SALDO DA CONTA DE RECURSOS PORTADOS DE PARTICIPANTE DE EFPC A PARTIR DE 1/1/2023	_____		_____
SALDO DA CONTA DE RECURSOS PORTADOS DE INSTITUIDOR DE EFPC A PARTIR DE 1/1/2023	_____		_____
<input type="checkbox"/> DE UMA ÚNICA VEZ		<input type="checkbox"/> NÚMERO DE PARCELAS (MÁXIMO DE 12)	

DÉBITOS PARA COM A PREVIDÊNCIA USIMINAS

POSSUI EMPRÉSTIMO?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	LIQUIDAÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> LIQUIDAÇÃO PARCIAL	<input type="checkbox"/> CONTRATO	_____
						VALOR _____

ENDEREÇO BANCÁRIO

BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	LOCAL
-------	-------------------	----------------	-------

OBS: OS DADOS FORNECIDOS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO REQUERENTE

LOCAL / DATA	ASSINATURA
--------------	------------

REPRESENTANTE PREVIDÊNCIA USIMINAS	GERÊNCIA DE BENEFÍCIOS
_____ DATA	_____ DATA
_____ ASSINATURA	_____ ASSINATURA

DADOS DO PARTICIPANTE		
NOME		
CPF	MATRÍCULA	PATROCINADORA

Na condição de Participante do Plano de Benefícios COSIPREV, administrado pela Previdência Usiminas, **venho, por meio deste termo**, formalizar a minha opção pelo regime de tributação do imposto de renda na fonte, **observando o disposto** no Art. 1º, parágrafos 6º e 8º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, com redação dada pela Lei nº 14.803, de 11 de janeiro de 2024.

Declaração de Ciência e Irrevogabilidade:

- **Declaro estar ciente** de que esta opção será considerada de caráter **irrevogável e irretroatável, gerando a aplicação imediata** da regra de tributação na forma escolhida.

Regime de Tributação Escolhido (assinalar uma das opções abaixo):

- a) Regressivo ()
b) Progressivo ()

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVIDÊNCIA USIMINAS

COMPROVANTE DE ENTREGA DO TERMO DE OPÇÃO REGIME TRIBUTAÇÃO	
a) Regressivo () b) Progressivo ()	
LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO