

ANEXO II
TERMO DE CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO NO PLANO DE BENEFÍCIOS DA
PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE MATO GROSSO – PREVCOM MT

EXCELENTÍSSIMO DESEMBARGADOR PRESIDENTE DO NÚCLEO DE PREVIDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO	
NOME:	
MATRÍCULA:	CPF:
LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	E-MAIL:
Venho à presença de Vossa Excelência apresentar o presente pedido de cancelamento da minha inscrição no Plano de Benefícios da 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 49/2023.	
Declaro estar ciente de que: I – o cancelamento da inscrição no Plano de Benefícios da Previdência Complementar não implica em revogação da opção pelo Regime de Previdência Complementar, diante da sua irrevogabilidade e irretratibilidade, conforme § 6º do art. 2º, da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência do Estado de Mato Grosso; II – caso o cancelamento da inscrição no Plano de Benefícios da Previdência Complementar ocorra no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data do protocolo da opção pelo 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 Benefícios da 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 Portal dos Magistrados ou de Servidores, conforme a situação, 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 Benefícios da 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



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FICHA DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA
de que trata o § 2º do art. 8º da Lei 670/20

PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM MT (CNPB 2020.0026-47)
Administrado pela Prevcom - CNPJ 15.401.381/0001-98

PREENCHIMENTO PELO SERVIDOR

I. Dados pessoais

Nome

CPF

Matrícula/RE/RF/RS

II. Dados funcionais

Cargo

Função

Órgão

Poder

Setor

Data de ingresso (DD/MM/AAAA)

Email

III. Solicitação de Cancelamento

Solicito o cancelamento de minha inscrição no Plano PREVCOM MT, nos termos do § 2º do art. 8º da Lei 670/20.

Declaração

Estou ciente de que o PREVCOM MT providenciará no prazo de até 60 (sessenta) dias, a restituição das contribuições descontadas, atualizadas pela variação das cotas do plano de benefícios.

Local e data

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Código do participante

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)