

Exclusivo para Modalidade Contribuição Definida (CD) – Imposto Progressivo

Solicito que no cálculo do Imposto de Renda Mensal devido sobre os rendimentos provenientes dos benefícios mensais do(s) Plano(s) abaixo indicado(s) **NÃO** seja deduzida a parcela isenta por idade prevista na alínea "a", inciso II, Artigo 35 do Decreto nº 9.580/2018. Estou ciente que, ao fazer esta opção, o Imposto de Renda **incidirá na fonte sobre a totalidade dos meus rendimentos**. Estou ciente que a opção permanecerá em força até o envio de nova manifestação por escrito.

1. DADOS DO PARTICIPANTE

NOME _____ CPF _____

MATRÍCULA _____ PEP* ☐ SIM ☐ NÃO

E-MAIL _____ TELEFONE CELULAR (DDD) () _____

* Pessoa Exposta Politicamente (PEP): são consideradas Pessoas Expostas Politicamente (PEP) os ocupantes de cargos e funções públicas listadas na Resolução Coaf no 40, de 22 de novembro de 2021 (§§ 1o, 2o e 3o do art. 1o) nos últimos cinco anos.

2. OPÇÃO DE NÃO APLICAÇÃO

Assinale o Plano para o qual **NÃO** deseja a aplicação da parcela isenta por idade. A data de início de vigência deve ser: **(I)** a data que completar 65 anos ou **(II)** caso já tenha completado 65 anos será a data do próximo pagamento de benefício **(III)** ou escolha a data do primeiro pagamento do próximo ano fiscal.

Plano Básico	A PARTIR DE:	/	/
Plano Suplementar	A PARTIR DE:	/	/
Plano SolvayPrev	A PARTIR DE:	/	/

IMPORTANTE: A alteração entra em vigor na data informada acima. Para início de vigência imediato a aplicação será processada no mesmo mês de recepção do formulário desde que recepcionado até o dia 15.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA
(assinar igual ao documento de
identidade apresentado)

► INSTRUÇÕES

- Enviar este documento por e-mail ou WhatsApp (11) 3741-7189.

