



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR
DO ESTADO DE SÃO PAULO

TERMO DE OPÇÃO PELO REGIME REGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO

Dados pessoais

Nome	
CPF	Plano
Órgão	
Telefone (DDD + número)	Celular (DDD + número)
Email	

() Opto pelo Regime de Tributação Regressiva, previsto no art. 1º da Lei nº. 11.053/04

Estou ciente de que esta opção é única e irrevogável, e não pode ser alterada nem mesmo em caso de portabilidade de recursos para outro plano de previdência ou transferência de participantes e reservas para outra entidade.

Estou ciente de que o Imposto de Renda retido na fonte com base no regime de tributação com alíquotas regressivas é definitivo, não podendo haver compensações na declaração de ajuste anual.

Declaro que compreendi a sistemática referente aos prazos de acumulação para efeitos da determinação da alíquota do Imposto de Renda aplicável a resgates e recebimentos de benefícios.

Local e data

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Local e data do protocolo (DD/MM/AAAA)	Responsável pela análise (carimbo e assinatura)
--	---