

Nome do Participante: _____

Inscrição na OAB/SC: _____ CPF: _____ Data de Nasc.: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Fone: _____

E-mail: _____

CANCELAMENTO

Venho através deste solicitar o cancelamento imediato do meu plano de previdência complementar junto ao OABPrev Santa Catarina.

Lembramos que o resgate do fundo acumulado deve ser solicitado quando completado 36 meses de vinculação ao plano, através do Termo de Opção.

Local, _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Reservado ao OABPrev-SC:

Recebido em: ____/____/____ Responsável: _____

O documento deverá ser preenchido e enviado, a via original, para o endereço abaixo.