

## ▶ TERMO DE OPÇÃO “AUTOPATROCÍNIO / CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO”

Conforme expresso no presente formulário, manifesto minha opção perante o Novo Plano Copasa, CNPB: nº 2010.0022-19, e declaro conhecer as regras do Regulamento.

Estou ciente que na condição de Autopatrocinado ou Contrato de Trabalho Suspenso, salvo quando esta condição for oriunda de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da patrocinadora **COPASA**, na forma disciplinada no Regulamento vigente, conforme previsto, ainda, no inciso IV do artigo 14, da Lei Complementar nº 109/2001, e artigo 27 da Resolução CGPC nº 06/2003. Obs: Estou ciente que a qualquer momento poderei alterar a opção de Autopatrocinado e vice-versa. **Caso retorne às atividades na COPASA estou ciente do DEVER de comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que esta opção seja cancelada.**

Nome:				Matrícula Fundação Libertas:	
Patrocinadora:	Data de Admissão:	Data de Inscrição:	Demissão:		
CPF:	Carteira de Identidade:		Orgão Emissor:		
Endereço:					
Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:		
Data de Início do Autopatrocínio:	Telefone Celular:	E-mail:			

### OPÇÕES

Selecione **uma** das opções abaixo

1.  **Contrato de Trabalho Suspenso:** Pagamento da parcela de Administração e Risco da Contribuição Normal Total

Deseja alterar o percentual de contribuição? ( ) Não. ( ) Sim. DE: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

O Contrato de Trabalho Suspenso é oriundo de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho?\*( ) Sim ou ( ) Não  
( ) Financiamento\* ( ) Pagamento por boleto bancário

2.  **Autopatrocínio:** Pagamento da Contribuição Normal Total. (Aposentadoria Programada, Risco (pensão e invalidez) e Administração

Deseja alterar o percentual de contribuição? ( ) Não. ( ) Sim. DE: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

( ) Pagamento por boleto bancário ( ) Suspensão das contribuições (limitado a 24 meses)

\* **FINANCIAMENTO DA TAXA DE RISCO e ADMINISTRAÇÃO:** Os débitos de Taxa de Risco e Administração serão descontados na folha de pagamento do empregado. Na impossibilidade de desconto, por insuficiência de proventos, a Copasa Financiará as referidas Taxas.

**SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA:** (Art. 43, §3º do Regulamento): Contribuições ficam supensas. **IMPORTANTE:** Se houver a suspensão contributiva, tenho ciência que, na ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, NÃO haverá a cobertura do SALDO PROJETADO do Fundo Previdencial, nos termos do Regulamento do plano. Não permitido para Participante com Contrato de Trabalho Suspenso(Art. 43, §4º do Regulamento).

Permitido uma vez a cada 48 (quarenta e oito) meses consecutivos e pelo período de até 24 (vinte e quatro) meses consecutivos.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Participante

