

▶ SOLICITAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA VOLUNTÁRIA

Plano: CodemigPrev - CNPB nº 2013.0016-65

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

CPF:

Matrícula Libertas:

Endereço Residencial:

Nº:

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Telefone Celular:

E-mail:

Conforme previsto no Regulamento do Plano CodemigPrev, informo que desejo verter para o Plano a(s) Contribuição(ões) Extraordinária(s), conforme abaixo:

CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA VOLUNTÁRIA

Participante e do Assistido	(*) valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar as Contribuições Extraordinárias Voluntárias da seguinte forma:

Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora

Boleto Bancário - Vencimento no último dia do mês subsequente ao protocolo da solicitação

IMPORTANTE: valor mínimo de 1 URP - Unidade de Referência do Plano, pelo período mínimo de 12 meses.

Para a renovação da Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante e do Assistido, após o período de 12 meses, é necessário o preenchimento de uma nova solicitação

CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA EVENTUAL

Participante e do Assistido	(*) valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar a(s) Contribuição(ões) Extraordinária(s) Eventual(is) da seguinte forma:

Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora

Boleto Bancário

▶ SOLICITAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA VOLUNTÁRIA

Valor unitário da(s) Contribuição(ões) Quantidade Total de Contribuição (ões)	Período				
	Mês:	Ano:	a	Mês:	Ano:
R\$					

IMPORTANTE: valor mínimo de 2 URP 's - Unidade de Referência do Plano, pelo período máximo de 4 vezes ao ano. O valor da URP está disponível para consulta no site e nos canais de atendimento da Fundação Libertas.

Declaro estar ciente de que o desconto em folha ou boleto bancário será processado no mês subsequente ao do protocolo desta solicitação junto a Fundação Libertas.

Assumo a responsabilidade integral das informações prestadas e declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento. Para a renovação da Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante e do Assistido, após o período de 12 meses, é necessário o preenchimento de uma nova solicitação

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante