

▶ **TERMO DE "AUTOPATROCÍNIO" PLANO MGSPREV**

Pelo presente Termo, manifesto minha OPÇÃO pelo Instituto do AUTOPATROCÍNIO perante o plano MGSPREV, e declaro conhecer as regras do Regulamento a respeito deste Instituto.

Estou ciente que, nesta condição, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da Patrocinadora MGS, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto ainda no artigo 14, da LC 109/2001, e artigo 22 da Resolução CGPC nº 06, de 30.10.09.

Obs: Caso o retorne às atividades na MGS, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que esta opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

Nome Completo:		Matrícula Fundação Libertas:	
CPF:	Carteira de Identidade:	Orgão Emissor:	
Endereço:		Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	Telefone Fixo:	Telefone Celular:
E-mail:			

OPÇÕES DE AUTOPATROCÍNIO

- AUTOPATROCÍNIO:** Pagamento por meio de boleto bancário.
- SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA*** (Art. 25, 3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas até 12 meses a cada 48 meses.

Percentual de contribuição durante o Autopatrocínio:

_____ % **incidente sobre o Salário Efetivo de até 10 URPs;** De 0,5% a 1,5%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 23, inciso I).

_____ % **incidente sobre o Salário Efetivo que exceder a 10 URPs,** limitado a 40 URPs. De 1,5% a 7%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 23, inciso II).

*Com base no §3º do artigo 27, ao Participante Autopatrocinado que utilizar da SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA prevista no §3º do artigo 25, será facultada a manutenção das parcelas destinadas à Contribuição de Risco, desde que solicitado formalmente, devendo essa Contribuição ser recolhida à Entidade, na forma que esta vier a disciplinar, podendo, inclusive, ser descontada mensalmente do saldo da Subconta Contribuições Normais de sua Conta CIP.

Início da validade ____/____/20____

DECLARAÇÃO

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

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante