

▶ **TERMO CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PREVIDENCIAL**

Nome:	Matrícula Empresa:	Matrícula Fundação LIBERTAS:	
Patrocinadora/Empresa:	Data Nascimento:	Data Inscrição:	CPF:
Endereço Residencial:	Nº:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Banco:	Código Agência:	Conta Corrente:	
Telefone Fixo:	Telefone Celular:	E-mail:	

Solicito o cancelamento da minha inscrição no **Plano Previdencial**, administrado por essa Fundação, ciente das implicações deste ato, em conformidade com o Estatuto, Regulamento Específico e normas em vigor.
Caso tenha direito ao recebimento da Reserva de Poupança/Saldo de Contas, autorizo deduzir da mesma quaisquer débitos contraídos na **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Obs.: Anexar cópia da rescisão do contrato de trabalho e comprovante de dados bancários (nome do banco, agência e conta corrente)

PARA USO DO RECURSOS HUMANOS DA PATROCINADORA

____/____/_____
Data Rescisão de Contrato

Assinatura do Responsável do RH

MOTIVO DO CANCELAMENTO: **DESISTÊNCIA** (Cancelamento) **RESCISÃO DE CONTRATO**

FORMA DE PAGAMENTO

PAGAMENTO ÚNICO **PAGAMENTO EM ATÉ 12 PRESTAÇÕES MENSAIS.**
Nº PARCELAS _____

Data do Processamento: ____/____/____.

DÉBITOS EXISTENTES

Responsável