

▶ **TERMO DE ALTERAÇÃO DO PRAZO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO NOVO PLANO COPASA**

Nome Completo:		Matrícula Fundação Libertas:	
CPF:	Carteira Identidade:	Orgão Emissor:	
Endereço:	Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	Telefones:	
E-mail:			

Pelo presente Termo, o assistido abaixo identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

<input type="checkbox"/> <b>RENDA POR PRAZO CERTO</b> , em anos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25
	<input type="checkbox"/> <b>com</b> reversão em Pensão	<input type="checkbox"/> <b>sem</b> reversão em Pensão			
<input type="checkbox"/> <b>RENDA POR PRAZO INDETERMINADO</b>	<input type="checkbox"/> <b>com</b> reversão em Pensão	<input type="checkbox"/> <b>sem</b> reversão em Pensão			

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada, e o novo valor será calculado de acordo com o saldo remanescente.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma a uma **URP**, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

**A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Data de Recebimento                      Responsável pelo recebimento                      Assinatura da Fundação

**Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.**