



TERMO DE OPÇÃO “AUTOPATROCÍNIO - BD”

Pelo presente Termo de Opção, manifesto a decisão pela manutenção da inscrição no Plano de Benefício Definido – **PRODEMGE**, administrado pela Fundação Libertas. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante neste Plano e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos conforme Regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste o direito ao instituto de “**AUTOPATROCÍNIO**”, a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da Patrocinadora, (inclusive contribuição extraordinária, se e quando for o caso) na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto no artigo 14, inciso IV da LC 109, de 29.05.01 e artigo 22 de **Resolução CGPC nº. 06**, de 30.10.03.

Declaro ter conhecimento das normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que sua Opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

MATRICULA Fundação LIBERTAS:		NOME:	
PATROCINADORA: PRODEMGE	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE INSCRIÇÃO:	DEMISSÃO:
CPF:	CARTEIRA DE IDENTIDADE:		ÓRGÃO EMISSOR:
FILIAÇÃO:			
ENDEREÇO:	BAIRRO	CIDADE	ESTADO
E-MAIL		TELEFONE:	
DATA DE ÍNCIO DO AUTOPATROCÍNIO:			

VALORES PARA A CONTRIBUIÇÃO	
REMUNERAÇÃO	
SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO	
CONTRIBUIÇÃO PARTICIPANTE	
CONTRIBUIÇÃO PATROCINADORA	
VALOR DE JÓIA	
CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA PATROCINADORA	
CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARTICIPANTE	
CONTRIBUIÇÃO ESPECIAL PECÚLIO SIM () NÃO ()	
CONTRIBUIÇÃO ESPECIAL AUXÍLIO DOENÇA SIM () NÃO ()	
CONTRIBUIÇÃO PERDA PARCIAL PATROCINADORA	
CONTRIBUIÇÃO PERDA PARCIAL PARTICIPANTE	
VALOR TOTAL	

Declaro estar ciente de que a cobertura dos benefícios de AUXÍLIO DOENÇA e PECÚLIO somente serão devidos se houver a contribuição especial para tais benefícios.

BELO HORIZONTE, _____ de _____, de 20_____.

Assinatura do Participante

APROVAÇÃO:

_____/_____/_____

FUNDAÇÃO LIBERTAS