

▶ **TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO DE VALOR DE CONTRIBUIÇÃO - VOCÊPREV**

Matrícula Plano VocêPrev:

Instituidor:

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Nacionalidade:

Naturalidade::

CPF:

RG:

Emissor:

Estado Civil::

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Telefone Residencial

Telefone Celular:

Telefone Profissional:

Email Pessoal:

Email Profissional:

**CONTRIBUIÇÃO BÁSICA**

Venho pelo presente termo solicitar a **alteração** do valor da minha contribuição básica, na forma prevista no Regulamento do plano VocêPrev, conforme opção abaixo registrada, observado o valor mínimo:

De:\_\_\_\_\_

Para:\_\_\_\_\_

**Obs.: A alteração do valor de contribuição descrita acima passará a vigorar no sistema da Fundação LIBERTAS no mês de JULHO.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Participante