

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Matrícula Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(em caso de participante menor de idade, curatelado ou tutelado)

### CONTRIBUIÇÕES VOLUNTÁRIAS

Conforme previsto no Regulamento do VocêPrev, desejo realizar a Contribuições Voluntárias, de caráter facultativo, periódicas ou não, de valor livre, respeitado o valor mínimo da Contribuição Básica, conforme abaixo:

Valor:	Quantidade:	Mês/Ano Início:	Mês/Ano Fim:

#### OPÇÃO DE DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO:

Boleto Bancário  Deconto em Conta (Apenas para conta no Banco do Brasil)

### DADOS DA CONTA BANCÁRIA (PARA OPÇÃO DÉBITO EM CONTA)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Titular da Conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DAS CONTRIBUIÇÕES**

Observadas as minhas opções expressas neste formulário, autorizo a Fundação Libertas a emitir boleto bancário ou efetuar o desconto na conta indicada. Estou ciente que os valores deverão ser pagos mensalmente, e que em casos de atrasos ou não pagamento dos mesmos, implicará em penalidades previstas ou até o cancelamento da inscrição e dos beneficiários do VocêPrev conforme as condições do Regulamento. Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa física vinculada no caso de  
opção de débito em conta