

▶ **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