

▶ **TERMO DE ALTERAÇÃO DO PRAZO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO COHABPREV**

Nome Completo:		Matrícula Fundação Libertas:		
CPF:	Carteira de 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, com base no saldo remanescente da Conta Individual de Benefício Concedido e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

<input type="checkbox"/>	RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM MOEDA CORRENTE, 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"/>	RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM COTAS, 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"/>	RENDA POR PRAZO INDETERMINADO EM MOEDA CORRENTE					
<input type="checkbox"/>	RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM COTAS, em percentual (____)% variável entre 0,5 (meio por cento) e 1,5% (um e meio por cento)					

Se o prazo de recebimento da nova renda mensal escolhido pelo Participante resultar em valor inicial de benefício inferior a 1(uma) **URP**, um novo prazo deverá ser escolhido dentre os previstos para essa modalidade de renda.

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