

TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS NOVO PLANO COPASA

Termo Individual de Inscrição que entre si firmam a FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL e o Empregado da Patrocinadora COPASA – COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS, neste documento denominada Patrocinadora ou COPASA, conforme abaixo identificado:

Matricula FUNDAÇÃO LIBERTAS nº	Matricula Copasa nº
Nome do Empregado:	
CPF/MF nº	RG nº

1 – Em face do Plano de Benefícios NOVO PLANO COPASA (CNPB nº 2010.0022-29), administrado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL, neste instrumento denominada FUNDAÇÃO LIBERTAS, o qual foi aprovado pelo Órgão Governamental competente, por meio da Portaria nº 469, de 23/06/2010, publicada no D.O.U. de 25/06/2010, venho manifestar, formalmente e de livre e espontânea vontade, meu interesse na inscrição ao referido Plano.

2 - Declaro que me foi disponibilizado o teor do Estatuto, Regulamento do NOVO PLANO COPASA, pelo que declaro, ainda, estar ciente do inteiro teor desses documentos.

3 – Declaro não possuir vinculação com qualquer outro plano de benefício previdenciário patrocinado pela COPASA.

4 – Estou ciente de que minha inscrição ao NOVO PLANO COPASA, quando realizada após à admissão na Patrocinadora, implicará na minha condição de Participante do Plano e, por conseqüência, em concordar com as condições, obrigações e direitos referentes à condição, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

5 – Em decorrência da minha inscrição no Plano, estou ciente de que, as regras de participação, contribuição, elegibilidades e do futuro valor de benefício que irei perceber estarão vinculadas às regras específicas do NOVO PLANO COPASA, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

6 – Estou ciente de que, a partir de minha inscrição no Plano, em caso de cessação do meu vínculo empregatício com a Copasa, sem que tenham sido preenchidas as condições para recebimento dos benefícios assegurados pelo NOVO PLANO COPASA, me será assegurada a opção por um dos institutos previstos na legislação vigente, obedecidas as regras definidas no Regulamento do Plano.

7 – Afirmando ter pleno conhecimento de que, em face de minha opção expressa neste instrumento, poderei inscrever meus respectivos Beneficiários, ou indicar os Beneficiários Designados, caso não possua Beneficiários, conforme informações prestadas no anexo deste instrumento, e que poderei proceder alterações ou novas inscrições em relação a estes, na forma disciplinada no Regulamento do Plano.

8 – Autorizo que seja procedido, enquanto na condição de Participante no NOVO PLANO COPASA, o desconto na Folha de Pagamento da COPASA do valor de minhas contribuições normais e/ou

extraordinárias, conforme o caso e se houverem, em consonância com os ditames regulamentares do mencionado Plano, sendo que as contribuições normais obedecerão, inicialmente, o percentual por mim escolhido no anexo deste instrumento.

9 – Manifesto, também, considerando a exigência legal, a minha opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda, conforme consta do anexo deste instrumento, nas modalidades Regressiva ou Progressiva, ciente de todas as informações relativas ao tema, sendo também de meu conhecimento se tratar de opção irretratável, irrevogável e imutável.

10 – Confirmo expressamente que a opção exercida neste instrumento pela inscrição ao NOVO PLANO COPASA é feita por minha livre e espontânea vontade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____.

PARTICIPANTE

FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL

Cargo:

Nome:

CPF:

Testemunhas:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

**ANEXO AO TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS NOVO PLANO
COPASA
FICHA DE INSCRIÇÃO**

Matrícula FUNDAÇÃO LIBERTAS:	Data de Inscrição: _____/_____/_____
-------------------------------------	---

1) 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 Residência			Telefone Serviço e/ou Celular		
Email					

2) DADOS PROFISSIONAIS

Lotação	Data de Admissão _____/_____/_____	
Matrícula na Copasa	Carteira Profissional	Série

3) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 3	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 4	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

4) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) (Somente se não for preenchido o item anterior)

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento

5) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Venho pelo presente, solicitar a minha inscrição no Plano e autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento da Patrocinadora ou da forma determinada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, correspondente ao percentual do meu salário efetivo, conforme opção abaixo registrada:

CONTRIBUIÇÃO NORMAL MENSAL INICIAL (%) _____ % (_____ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo.

6) OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Tabela Progressiva

Tabela Regressiva

Pessoa politicamente exposta: SIM

NÃO

Se a resposta for **SIM**, o Participante deverá preencher e assinar o formulário “Termo Especial de Pessoa Politicamente Exposta”, que está disponível no site da Fundação Libertas: www.fundacaolibertas.com.br

7) DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido em três vias, datado, assinado e enviado para a área de Recursos Humanos/Benefícios da COPASA ou entregue diretamente na FUNDAÇÃO LIBERTAS, juntamente com a seguinte documentação:

- ✓ Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento de cada beneficiário;
- ✓ Comprovante de residência do requerente;
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho onde conste a admissão na Patrocinadora; e
- ✓ Outros documentos que a Entidade ou a Patrocinadora acharem necessários.

O deferimento do pedido de inscrição, pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, dependerá da apresentação de todos os documentos exigidos.

Declaração:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a FUNDAÇÃO LIBERTAS poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas.

Comprometo-me ainda, toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, a informar prontamente a FUNDAÇÃO LIBERTAS.

8) ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Campo a ser preenchido pela área de Recursos Humanos/Benefícios da COPASA

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: (nome) _____ (assinatura) _____

Assinatura da COPASA

Campo a ser preenchido pela FUNDAÇÃO LIBERTAS

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: (nome) _____ (assinatura) _____

Assinatura da FUNDAÇÃO LIBERTAS