

▶ **TERMO DE OPÇÃO "AUTOPATROCÍNIO - CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO**

Conforme expresso no presente formulário, manifesto minha opção perante o Novo Plano **Copasa**, CNPB: nº 2010.0022-19, e declaro conhecer as regras do Regulamento.

Estou ciente que na condição de Autopatrocinado ou Contrato de Trabalho Suspenso, salvo quando esta condição for oriunda de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da patrocinadora **COPASA**, na forma disciplinada no Regulamento vigente, conforme previsto, ainda, no inciso IV do artigo 14, da Lei Complementar nº 109/2001, e artigo 27 da Resolução CGPC nº 06/2003. Obs: Estou ciente que a qualquer momento poderei alterar a opção de Autopatrocinado e vice-versa. **Caso retorne as atividades na COPASA estou ciente do DEVER de comunicar o retorno formalmente a Fundação Libertas, para que esta opção seja cancelada.**

Nome:		Matrícula Fundação Libertas:	
Patrocinadora::	Data de Admissão:	Data de Inscrição:	Demissão:
CPF:	Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	CEP:	
E-mail:	Telefone Fixo:	Telefone Celular:	
Data de Início do Auto Patrocínio:			

OPÇÕES

CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO:

Pagamento da parcela de Administração e Risco da Contribuição Normal Total.*

Deseja alterar o percentual de contribuição? Não Sim DE:_____ PARA:_____

O Contrato de Trabalho Suspenso é oriundo de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho? Sim Não

AUTOPATROCINIO:

Pagamento da Contribuição Normal Total. (Aposentadoria Programada, Risco (pensão e invalidez) e

Administração. Deseja alterar o percentual de contribuição? Não Sim DE:_____ PARA:_____

Pagamento por boleto bancário Suspensão das contribuições por _____ meses (limitado à 24 meses)

▶ **TERMO DE OPÇÃO "AUTOPATROCÍNIO - CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO**

***FINANCIAMENTO DA TAXA DE RISCO E ADMINISTRAÇÃO:** Ao optar pelo contrato de trabalho suspenso, expresse minha concordância em ter os valores referentes a Taxa de Risco e Administração serão descontados na folha de pagamento da COPASA. Na impossibilidade de desconto, por insuficiência de proventos, a Copasa Financiará as referidas Taxas.

SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA: (Art. 43, §3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas. **IMPORTANTE:** Se houver a suspensão contributiva, tenho ciência que, na ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, **NÃO** haverá a cobertura do SALDO PROJETADO do Fundo Previdencial, nos termos do Regulamento do plano. Não permitido para Participante com Contrato de Trabalho Suspenso (Art. 43, §4º do Regulamento).

Permitido uma vez a cada 48 meses consecutivos e pelo período de até 24 meses consecutivos.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante