

Plano: Plano CohabPrev - CNPB nº 2008.0030-19

Identificação do Participante

Nome:

CPF:

Matrícula Libertas:

Endereço Residencial:

Nº:

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Telefone Celular:

E-mail:

Conforme previsto no Regulamento do Plano CohabPrev, informo que desejo realizar a Contribuição Esporádica, de caráter e frequência facultativos, conforme abaixo:

Valor unitário da(s) Contribuição(ões) Esporádica(s)	Quantidade Total de Contribuição (ões)	Período					
		R\$	Mês:	Ano:	a	Mês:	Ano:

IMPORTANTE: O valor da Contribuição é de no mínimo 1 (uma) URP - Unidade de Referência do Plano. (valor disponível para consulta no site e nos canais de atendimento da Fundação Libertas)

Desejo realizar a(s) Contribuição(ões) da seguinte forma:

Boleto Bancário

Declaro estar ciente de que o boleto bancário será processado no mês subsequente ao do protocolo desta solicitação junto a Fundação Libertas.

Assumo a responsabilidade integral das informações prestadas e declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante