

Plano: Novo Plano COPASA - CNPB nº 2010.0022-29

## 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 Novo Plano Copasa, informo que desejo realizar a Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante, de caráter e frequência facultativos, conforme abaixo:

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

**IMPORTANTE: Consultar o valor mínimo nos canais de atendimento da Fundação Libertas.**

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

Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora

Boleto Bancário

**Declaro estar ciente de que o desconto em folha ou 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