

Plano: Plano MGSPrev - CNPB nº 2019.0030-74

Identificação do participante

Nome:

CPF:

Matrícula Libertas:

Endereço

Nº:

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Telefone Celular:

E-mail:

Conforme previsto no Regulamento do Plano MGSPrev, informo que desejo verter para o Plano as Contribuições, conforme abaixo:

Contribuição adicional

Desejo realizar as Contribuições Extraordinárias Voluntárias da seguinte forma:

Percentual (1)

%

Boleto Bancário

| Quantidade de Contribuições Extraordinárias Voluntárias | Período | | | | | |
|---|---------|------|------|---|------|------|
| | R\$ | Mês: | Ano: | a | Mês: | Ano: |
| | | | | | | |

IMPORTANTE: (1) Percentual de até 1% a 10% do salário efetivo, com variação de intervalo de 1%; (2) Período mínimo de 12 meses.

Contribuição voluntária

Desejo realizar a Contribuição Voluntária no seguinte valor:

Valor unitário (3)

R\$

Boleto Bancário

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

Declaro estar ciente que o boleto quitado será processado na data do seu efetivo pagamento.

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