

Nome:		Matrícula Empresa:		Matrícula Fundação LIBERTAS:	
Patrocinadora/Empresa:		Data Nascimento:		Data Inscrição:	
CPF:		Endereço Residencial:		Nº: Complemento: Bairro:	
Cidade:		UF:		CEP:	
Banco:		Código Agência:		Conta Corrente:	
Telefone Fixo:		Telefone Celular:		E-mail:	

Solicito o cancelamento da minha inscrição no **Plano Previdencial**, administrado por essa Fundação, ciente das implicações deste ato, em conformidade com o Estatuto, Regulamento Específico e normas em vigor. Caso tenha direito ao recebimento da Reserva de Poupança/Saldo de Contas, autorizo deduzir da mesma quaisquer débitos contraídos na **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Obs.: Anexar cópia da rescisão do contrato de trabalho e comprovante de dados bancários (nome do banco, agência e conta corrente)

Para uso do recursos humanos da patrocinadora

____/____/_____
Data Rescisão de Contrato

Assinatura do Responsável do RH

Motivo do cancelamento: **Desistência** (Cancelamento) **Rescisão de contrato**

Forma de pagamento

Pagamento único **Pagamento em até 12 prestações mensais.**
Nº parcelas _____

Data do Processamento: ____/____/____.

DÉBITOS EXISTENTES

Responsável