

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Carteira Identidade: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pelo presente Termo, o assistido abaixo identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

**RENDA POR PRAZO CERTO**, em anos  5  10  15  20  25

**com** reversão em Pensão  **sem** reversão em Pensão

**RENDA POR PRAZO INDETERMINADO**  **com** reversão em Pensão  **sem** reversão em Pensão

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada, e o novo valor será calculado de acordo com o saldo remanescente.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma a uma **URP**, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

**A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.**