

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

CPF: \_\_\_\_\_ Carteira de 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, com base no saldo remanescente da Conta Individual de Benefício Concedido e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM MOEDA CORRENTE, em anos:  5  10  15  20  25

RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM COTAS, em anos:  5  10  15  20  25

RENDA POR PRAZO INDETERMINADO EM MOEDA CORRENTE

RENDA POR PRAZO DETERMINADO EM COTAS, em percentual (\_\_\_\_\_) % variável entre 0,5 (meio por cento) e 1,5% (um e meio por cento)

Se o prazo de recebimento da nova renda mensal escolhido pelo Participante resultar em valor inicial de benefício inferior a 1(uma) **URP**, um novo prazo deverá ser escolhido dentre os previstos para essa modalidade de renda.

**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