

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto minha decisão pela manutenção da inscrição junto à Fundação LIBERTAS. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante desta Fundação e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos em seu regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTO PATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, previsto no artigo 14, item IV da Lei Complementar 109 de 29 de Maio de 2001 e do Regulamento de Benefícios da Fundação Libertas. Declaro conhecer todas as normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa sem a comunicação prévia e formal à Fundação LIBERTAS, sua Opção de AUTOPATROCINIO será automaticamente cancelada.

Nome:		Matrícula Fundação Libertas:	
Patrocinadora:		Data de Admissão:	Data de Inscrição:
CPF:		Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:
Filiação:			
Endereço:			
Cidade:		Estado:	CEP:
E-mail:		Telefone Fixo:	Telefone Celular:
Data de Início do Auto Praticínio:			

Cálculo da contribuição

Remuneração:	<input type="text"/>	% de Contribuição Participante:	<input type="text"/>
Salário de Contribuição:	<input type="text"/>	Valor Mensal da Contribuição:	<input type="text"/>
% de Contribuição Patrocinadora:	<input type="text"/>		

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Aprovação

____/____/_____
Data da aprovação

Fundação Libertas de Seguridade Social