

Pelo presente Termo, manifesto minha Opção pelo Instituto do AUTOPATROCÍNIO perante o plano CODEMIGPREV, e declaro conhecer as regras do regulamento a respeito deste instituto.

Estou ciente que, nesta condição, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da Patrocinadora CODEMIG/CODEMGE, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto ainda no artigo 14, da LC 109/2001, e artigo 22 da Resolução CGPC nº 06, de 30.10.09.

Obs: Caso o Participante retorne às atividades na CODEMIG/CODEMGE, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que esta opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

Dados do participante

Nome:					Matrícula Fundação Libertas:
Matr. CODEMIG/CODEMGE:	Nº de Identidade:	Orgão Emissor:	Data Expedição:	Data Demissão:	
Endereço:					
Cidade:		Estado:	CEP:		
Telefone Fixo:	Telefone Celular:		E-mail:		

Opções de autopatrocínio

- AUTOPATROCÍNIO:** Pagamento por meio de boleto bancário.
- SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA** (Art. 40, §3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas até 24 meses a cada 48 meses.
- Percentual de contribuição durante o Autopatrocínio:** _____ % da remuneração. De 3% a 10%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 12, 11º e Art. 40, inciso I)
- Início da validade** ____/____/20____

Declaração

Assumo a responsabilidade integral pelas informações prestadas, declarando ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante