

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto a decisão pela manutenção da inscrição no Plano COHABPrev, administrado pela Fundação Libertas. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante neste Plano e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos conforme regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTOPATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto no artigo 14, inciso IV da LC 109, de 29.05.01 e artigo 22 da Resolução CGPC no 06, de 30.10.03. Declaro ter conhecimento das normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que sua Opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

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

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