

Conforme expresso no presente formulário, manifesto minha opção perante o Novo Plano **Copasa**, CNPB: nº 2010.0022-19, e declaro conhecer as regras do Regulamento.

Estou ciente que na condição de Autopatrocinado ou Contrato de Trabalho Suspenso, salvo quando esta condição for oriunda de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da patrocinadora **COPASA**, na forma disciplinada no Regulamento vigente, conforme previsto, ainda, no inciso IV do artigo 14, da Lei Complementar nº 109/2001, e artigo 27 da Resolução CGPC nº 06/2003.

Obs: Estou ciente que a qualquer momento poderei alterar a opção de Autopatrocinado e vice-versa. **Caso retorne as atividades na COPASA estou ciente do DEVER de comunicar formalmente o retorno a Fundação Libertas, para que esta opção seja cancelada.**

Nome: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

Patrocinadora: _____ Data de Admissão: _____ Data de Inscrição: _____ Demissão: _____

CPF: _____ Carteira de Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone Fixo: _____ Telefone Celular: _____

Data de Início do Auto Patrocínio: _____

Opções

CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO:

Pagamento da parcela de Administração e Risco da Contribuição Normal Total.*

Deseja alterar o percentual de contribuição? Não Sim DE: _____ PARA: _____

O Contrato de Trabalho Suspenso é oriundo de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho? Sim Não

AUTOPATROCINIO:

Pagamento da Contribuição Normal Total. (Aposentadoria Programada, Risco (pensão e invalidez) e

Administração. Deseja alterar o percentual de contribuição? Não Sim DE: _____ PARA: _____

Pagamento por boleto bancário Suspensão das contribuições por _____ meses (limitado à 24 meses)

***FINANCIAMENTO DA TAXA DE RISCO E ADMINISTRAÇÃO:** Ao optar pelo contrato de trabalho suspenso, expresse minha concordância em ter os valores referentes a Taxa de Risco e Administração serão descontados na folha de pagamento da COPASA. Na impossibilidade de desconto, por insuficiência de proventos, a Copasa Financiará as referidas Taxas.

SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA: (Art. 43, §3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas. **IMPORTANTE:** Se houver a suspensão contributiva, tenho ciência que, na ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, NÃO haverá a cobertura do SALDO PROJETADO do Fundo Previdencial, nos termos do Regulamento do plano. Não permitido para Participante com Contrato de Trabalho Suspenso (Art. 43, §4º do Regulamento).

Permitido uma vez a cada 48 meses consecutivos e pelo período de até 24 meses consecutivos.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante