

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto minha decisão pela manutenção da inscrição no plano como participante **Remido**. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante no Plano Previdencial, administrado por esta Fundação e assegurar a percepção do **Benefício Proporcional Diferido**, conforme ditames da Lei Complementar 109 de 29 de Maio de 2001 e do Regulamento do Plano do Previdencial.

Declaro conhecer todas as normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

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 de BPD:			

Belo Horizonte, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Aprovação

____/____/____
Data da aprovação

Fundação Libertas de Seguridade Social