

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 Fijo:

Telefone Celular:

Data de Início de BPD:

Belo Horizonte, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Aprovação

____ / ____ / ____

Data da aprovação

Fundação Libertas de Seguridade Social