

1. CNPB: 2015 0004-29		2. Órgão Patrocinador:			
3. Nome Completo do Servidor / Membro: (Sem abreviações)					
4. Data de Nascimento:	5. CPF:	6. Sexo:	7. Identidade:	8. Órgão Expedidor /UF:	9. Data de expedição:
10. Endereço completo (logradouro, complemento):					
11. Bairro:		12. Cidade:		13. CEP:	14. UF:
15. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Comercial	(DDD) – Celular	(DDD) – Outros	
16. E-mail:			17. Cargo efetivo:		
<p><b>18. Se for servidor público, titular de cargo efetivo, ou Membro, indicar a esfera de origem:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - Federal                              <input type="checkbox"/> - Estadual                              <input type="checkbox"/> - Municipal                              <input type="checkbox"/> - Distrital       </p>					
<p><b>19. Declaração:</b></p> <p>DECLARO que, em cumprimento ao disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 109, de 29/5/2001, recebi a oferta de inscrição no Plano de Benefícios PREVPLAN, administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Estado de Minas Gerais - PREVCUM-MG, reservando-me no direito de aderir oportunamente.</p>					
_____			_____		
Local e data			Assinatura do Servidor/Membro		
<p><b>20. Recusa do servidor público em preencher e assinar o termo de oferta:</b></p> <p>DECLARO que o(a) servidor(a) ou membro acima referido(a) recusou-se a dar ciência ao Termo de Oferta do Plano de Benefícios Prevplan, administrado pela PREVCUM-MG.</p>					
<p><b>Testemunhas:</b></p>					
_____		_____		_____	
Nome Testemunha 1		CPF Testemunha 1		Assinatura Testemunha 1	
_____		_____		_____	
Nome Testemunha 2		CPF Testemunha 2		Assinatura Testemunha 2	
_____			_____		
Local e data			Assinatura do Servidor		
<p><b>21. Dados exclusivos de Preenchimento do Órgão</b></p>					
_____			_____		
Local e data			Carimbo e Assinatura do responsável da Unidade de Pessoal		