

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:		

18. Opção:
Tendo em vista a cessação do vínculo efetivo com o patrocinador, solicito:

- **AUTOPATROCINIO** - A manutenção de minha inscrição na condição de **Autopatrocinado**, assumindo as **contribuições pessoais e patronais** para o plano, acrescidas da taxa de carregamento. Sendo assim, opto pela:

- Manutenção do percentual de contribuição.

- Alteração do percentual de contribuição pessoal conforme informado abaixo:
Contribuição Normal - O percentual de contribuição, aplicável sobre os respectivos Salários de Participação, é de livre escolha do Participante, sob um dos seguintes valores: 3,5%, 4,5%, 5,5%, 6,5%, 7,5%, 8,00%, 9,00%, 10,00%, 11,00%, 13,00%, 15,00%

Percentual Escolhido _____

- **BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO** - Manutenção de minha inscrição no plano para recebimento de benefício, quando forem cumpridas as condições de elegibilidade ao benefício.

Ciente que deverei realizar a contribuição administrativa, de caráter obrigatório e mensal, correspondente ao percentual definido no plano de custeio anual, incidente sobre a respectiva remuneração de participação, destinada à cobertura das despesas administrativas;

Forma de recolhimento - Realizarei o pagamento das contribuições normais (Autopatrocinado) ou administrativa (Participante Vinculado) via transferência bancária, DOC – Documento de Ordem de Crédito ou TED - Transferência Eletrônica Disponível, em nome da PREVCUM-MG, conforme os dados abaixo:

Entidade: PREVCUM-MG	CNPJ: 21.275.737/0001-97	Banco: Banco do Brasil (001)	Agência nº: 1615-2	Conta Corrente 21133-8
--------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------	----------------------------------

- **RESGATE** - O cancelamento de minha inscrição e o **Resgate** da reserva de poupança, na forma de recebimento abaixo:

- Parcela única - Parcela mensais em número de _____ parcelas (no máximo em 24 parcelas)

Forma de pagamento:

- Não possuo conta corrente. Ciente que o valor será disponibilizado por ordem de pagamento para ser retirado em qualquer agência do Banco do Brasil, mediante apresentação do CPF.

- Crédito em conta, abaixo informada, da qual sou titular (*)

Banco: (Nº e Nome)	Agência nº:	Nº Conta	Tipo de Conta
			<input type="radio"/> - Poupança <input type="radio"/> - Conta Corrente

- **PORTABILIDADE** - O cancelamento de minha inscrição e a **Portabilidade** do saldo referente ao meu direito acumulado para outro plano de benefícios operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar plano de benefícios de caráter previdenciário.

Entidade Administradora:		CNPJ/MF:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Nome do Plano:	Tipo do plano: <input type="radio"/> - PGBL <input type="radio"/> - Plano Fechado – EFPC <input type="checkbox"/> - Outros (*)		
Regime de tributação:	Data de adesão ao plano:	Matrícula no plano:	
Nº do processo na SUSEP (Aberta) ou CNPB na PREVIC (Fechada):	Banco da entidade (nome e nº):		
Conta da Entidade nº:	Agência da Entidade nº:		

(*) Não é permitido a portabilidade para planos de previdência VGBL, VRGP, VAGP e outros com características semelhantes. Para outros planos enviar cópia do certificado ou outro documento que contenha informações sobre as características do plano para análise da possibilidade de portabilidade de acordo com a legislação vigente.
As informações do quadro acima subsidiarão a PREVCUM-MG para o preenchimento do Termo de Portabilidade que será encaminhado para o endereço informado nos campos 10 a 14. Caso o campo 16 (e-mail) esteja preenchido, o Termo de Portabilidade será encaminhado via e-mail.

_____	_____
Local e data	Assinatura do Servidor
21. Dados exclusivos de Preenchimento do Órgão	
_____	_____
Local e data	Carimbo e Assinatura do responsável da Unidade de Pessoal