

TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO NO PLANO CODEMIGPrev

Termo Individual de Inscrição que entre si firmam a **FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL**, na qualidade de administradora do PLANO CODEMIGPrev, ora designada FUNDAÇÃO, e o empregado ou dirigente ou Conselheiro ocupante de cargo eletivo da COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMGE, na condição de **PARTICIPANTE**, conforme abaixo identificado:

Matrícula FUNDAÇÃO LIBERTAS n.º	Matrícula CODEMGE n.º
Nome do Empregado:	
CPF/MF n.º	RG n.º

1 - A COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMGE, neste Instrumento denominada de Patrocinadora, e considerando a adesão desta empresa no PLANO CODEMIGPrev, CNPB n.º 2013.0016-65, administrado pela FUNDAÇÃO e patrocinado pela CODEMGE, o qual foi aprovado pelo Órgão Governamental competente, por meio da Portaria n.º 519, de 1/10/2013, publicada no D.O.U. em 1º/10/2013, venho manifestar, na condição de empregado ou dirigente ou Conselheiro ocupante de cargo eletivo, formalmente e de livre e espontânea vontade, meu interesse na inscrição no PLANO CODEMIGPrev.

2 - Declaro que me foi disponibilizado o Regulamento do PLANO CODEMIGPrev, bem como material explicativo referente a este, por meio do sítio eletrônico da FUNDAÇÃO (www.fundacaolibertas.com.br), pelo que declaro, voluntariamente, ainda, ter ciência do inteiro teor desses documentos, não havendo nada a reclamar.

3 – Declaro, neste ato, não possuir vinculação com qualquer outro PLANO de Benefícios Previdencial patrocinado pela COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMGE.

4 - Estou ciente que minha inscrição no PLANO CODEMIGPrev implicará na minha condição de Participante naquele PLANO e, por via de consequência, aceito as condições, as obrigações e os direitos referentes a esta condição, conforme disciplinado no Regulamento do PLANO.

5 - Em decorrência da minha inscrição no PLANO CODEMIGPrev, estou ciente de que as regras de participação, contribuição, elegibilidades e do futuro valor do benefício que irei perceber, estarão vinculadas às regras específicas do PLANO CODEMIGPrev, conforme disciplinado no Regulamento do PLANO.

6 - Estou ciente que, em caso de Suspensão do meu Contrato de Trabalho com a Patrocinadora, poderei optar pela condição de Participante Autopatrocinado no PLANO CODEMIGPrev, cujas regras encontram-se dispostas no Regulamento do PLANO.

7 – Estou ciente que em caso de cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, sem que tenham sido preenchidas as condições para recebimento dos benefícios contemplados pelo PLANO CODEMIGPrev, ser-me-á assegurada a opção por um dos Institutos, previstos na legislação vigente, assim como, caso haja a perda parcial ou total de minha remuneração, independente do motivo, ser-me-á facultada a opção pelo Autopatrocínio, total ou parcial, conforme for o caso, obedecidas as regras definidas no Regulamento do PLANO.

8 – Afirmando, oportunamente, ter pleno conhecimento de que, em face de minha opção expressa neste Instrumento, poderei inscrever meus respectivos Beneficiários ou indicar os Beneficiários Designados, na ausência de Beneficiários, conforme informações prestadas no anexo deste Instrumento, e que poderei proceder alterações ou novas inscrições em relação a estes na forma disciplinada no Regulamento do PLANO.

9 - Autorizo que seja procedido, enquanto estiver na condição de Participante do PLANO CODEMIGPrev, o desconto na Folha de Pagamento da CODEMGE, do valor de minhas contribuições normais, conforme o caso e se houverem, em consonância com os ditames regulamentares do mencionado PLANO, sendo que as contribuições normais obedecerão, inicialmente, o percentual por mim escolhido, no anexo deste Instrumento, até a data da próxima revisão de percentual, conforme disciplinado do Regulamento do PLANO.

10 - Manifesto, também, considerando a exigência legal, a minha opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda, conforme consta do anexo deste Instrumento, nas modalidades Regressiva ou Progressiva, sendo de meu conhecimento se tratar de opção irrevogável, irrevogável e imutável.

11 – Confirmando, expressamente, que a opção exercida neste Instrumento pela inscrição ao PLANO CODEMIGPrev é feita por minha livre e espontânea vontade.

12 – Declaro pleno conhecimento de que, caso haja cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora ou o meu falecimento, durante o Período de Inscrição, este Termo será considerado nulo, para todos os efeitos e fins de direito, não tendo qualquer direito ou obrigação sobre o PLANO CODEMIGPrev.

13 - Declaro pleno conhecimento de que no PLANO CODEMIGPrev não há garantia de vitaliciedade no pagamento do benefício, por se tratar de um PLANO estruturado na modalidade de Contribuição Definida – CD.

14 – Declaro, por fim, que todas as informações prestadas neste Instrumento, bem como aquelas constantes do anexo são verdadeiras, comprometendo-me a informar à FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL **quaisquer modificações ocorridas, a partir da Data Efetiva, em até 30 (trinta) dias do evento modificador de tais informações**, juntando os documentos comprobatórios por ela exigidos, pelo que declaro, também, estar ciente e concordar com o disposto no Estatuto da FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL, o qual me foi inteiramente disponibilizado, via Internet (www.fundacaolibertas.com.br).

15 - O presente Termo Individual de Inscrição, após subscrito, tem caráter irrevogável e irretratável, produzindo efeitos a partir do seu deferimento pela FUNDAÇÃO LIBERTRAS, obrigando-se as partes, seus herdeiros e seus sucessores, aos termos contidos no presente Instrumento no Regulamento do PLANO.

E, por estarem desta forma, justos e acordados, assinam o presente Instrumento, em 3 (Três) vias, de igual forma e teor, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Belo Horizonte - MG, ____ de _____ de 20____.

PARTICIPANTE

FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL

Cargo:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

ANEXO AO TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO CODEMIGPrev
FICHA DE INSCRIÇÃO

Número da Matrícula Fundação Libertas	Data de Inscrição ____/____/____

1) DADOS PESSOAIS

Nome			Data de Nascimento		
Sexo	Idade	Nacionalidade	Naturalidade		
CPF	RG	Emissor	Estado Civil		
E-mail					
Endereço Completo			UF	CEP	Telefone Residencial/Celular (DDD+número)
Nome do Pai			Nome da Mãe		
Nome do Banco	Nº do Banco	Agência	Conta Corrente		

2) DADOS PROFISSIONAIS

Patrocinadora	Situação no Plano	Data de Admissão
Cargo/Função	Carteira Profissional	Série
Pessoa politicamente exposta: sim () não () Se a resposta for SIM o participante deverá preencher e assinar o formulário “ Termo Especial de Pessoa Politicamente Exposta”, que está disponível no site da Fundação Libertas: www.fundacaolibertas.com.br		

3) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

4) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) PARA O PLANO CODEMIGPrev

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

5) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Venho pelo presente, solicitar a minha inscrição no Plano e autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da folha de pagamento da Patrocinadora, correspondente ao percentual do meu salário efetivo conforme opção abaixo registrada:
Contribuição Normal Mensal inicial (%): _____ % (_____ por cento) sobre o Salário Efetivo (observado o intervalo de 3% a 10%, considerando os percentuais variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (meio por cento)).

6) **OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA NO PLANO CODEMIGPrev**

A opção abaixo deverá ser exercida até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano CODEMIGPrev e será irrevogável, imutável e irretratável.

<input type="checkbox"/> Tabela Progressiva	<input type="checkbox"/> Tabela Regressiva
--	---

7) **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

Este formulário deverá ser devidamente preenchido em três vias, datado, assinado e enviado para a área de Recursos Humanos/Benefícios da CODEMGE juntamente com a seguinte documentação:

- ✓ Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- ✓ Certidão de casamento;
- ✓ Cópia da carteira de identidade, CPF ou cópia da certidão de nascimento de cada beneficiário;
- ✓ Comprovante de residência do requerente;
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho onde conste a admissão na Patrocinadora;
- ✓ Declaração de Relacionamento com os EUA - USPERSON; (site)
- ✓ Declaração de União Estável no caso de companheira(o) com 3 provas; (site)
- ✓ Outros documentos que a FUNDAÇÃO e a Patrocinadora considerar necessários.

O deferimento do pedido de inscrição, pela FUNDAÇÃO, dependerá da apresentação de todos os documentos exigidos.

Declaração:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a FUNDAÇÃO poderá a qualquer momento, exigir a comprovação das informações, ora prestadas.

Declaro que, toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, informarei prontamente à FUNDAÇÃO.

8) **ASSINATURAS**

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Campo a ser preenchido pela área de Recursos Humanos/Benefícios da CODEMGE

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: _____

Assinatura da PATROCINADORA

Campo a ser preenchido pela FUNDAÇÃO

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: _____

Assinatura da FUNDAÇÃO