

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

PLANO PREVIDENCIAL

BD

CD

Nome	Matrícula Empresa	Matrícula Previminas
------	-------------------	----------------------

Patrocinadora / Empresa:	Data Nascimento	Data Inscrição	C.P.F.
--------------------------	-----------------	----------------	--------

Endereço Residencial	Nº	Complemento	Bairro
----------------------	----	-------------	--------

Cidade	CEP	Telefone
--------	-----	----------

Banco	Código Agência	Conta Corrente
-------	----------------	----------------

Solicito o cancelamento da minha inscrição no Plano Previdencial administrado por essa Fundação, ciente das implicações deste ato, em conformidade com o Estatuto, Regulamento Específico e normas em vigor.
Caso tenha direito ao recebimento da Reserva de Poupança (BD) ou da Conta Individual do Participante (CD), autorizo deduzir da mesma quaisquer débitos contraídos na Previminas.

Belo Horizonte, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Participante

PARA USO DO RECURSOS HUMANOS DA PATROCINADORA

____/____/_____ Data Rescisão de Contrato	_____ Assinatura do Responsável do RH
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------

MOTIVO DO CANCELAMENTO

<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA (Cancelamento)	<input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

FORMA DE PAGAMENTO

<input type="checkbox"/> PAGAMENTO ÚNICO	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO EM ATÉ 12 PRESTAÇÕES MENSAIS . Nº PARCELAS _____
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

TIPOS DE CANCELAMENTO

DESISTÊNCIA – Devido ao afastamento temporário do trabalho, sem ônus para a Patrocinadora, ou pelo simples desejo de exclusão do quadro de filiados desta Fundação. Neste caso, o participante **NÃO FARÁ JUS** ao recebimento da Reserva de Poupança (BD) ou da Conta Individual do Participante (CD). Poderá receber o montante correspondente somente após a perda do vínculo empregatício.

RESCISÃO DE CONTRATO – Caso o participante venha a optar pelo cancelamento de sua inscrição, motivado pela Rescisão de Contrato de Trabalho com a Patrocinadora, **FARÁ JUS** ao recebimento da Reserva de Poupança (BD) ou da Conta Individual do Participante (CD), cujo valor será igual a soma das importâncias recolhidas mensalmente à Previminas a título de contribuição e jôia, se houver, atualizadas monetariamente de acordo com o Regulamento do Plano Previdencial.

PARA RESGATE, ANEXAR:

CÓPIA RESCISÃO CONTRATO DE TRABALHO e COMPROVAÇÃO DOS DADOS BANCÁRIOS (Banco, Agência, Conta Corrente)

	DÉBITOS EXISTENTES						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EMPRÉSTIMO</td> <td style="text-align: center;">GUIAS MÉDICAS</td> <td style="text-align: center;">CONTRIBUIÇÕES</td> </tr> </table>				EMPRÉSTIMO	GUIAS MÉDICAS	CONTRIBUIÇÕES
EMPRÉSTIMO	GUIAS MÉDICAS	CONTRIBUIÇÕES					
____/____/_____ Data do Processamento	_____ Responsável						