

TERMO INDIVIDUAL DE ALTERAÇÃO CADASTRAL

Matrícula Previminas:	Matrícula na Patrocinadora:
-----------------------	-----------------------------

1) DADOS PESSOAIS

Nome			Data de Nascimento ____/____/____		
Sexo	Idade	Nacionalidade	Naturalidade		
CPF		RG	Emissor	Estado Civil	
Nome do Pai			Nome da Mãe		
Endereço			Nº	Complemento	
Bairro		CEP		Cidade	
Telefone Residência			Telefone Serviço e/ou Celular		
Email					

2) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 3	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 4	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

3) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) (Somente se não for preenchido o item anterior)

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento

4) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Venho pelo presente solicitar a **alteração** do percentual das minhas contribuições normais, na forma prevista no Regulamento do Novo Plano Copasa, por meio de desconto na Folha de Pagamento da Patrocinadora, ou da forma determinada pela Previminas, correspondente ao percentual do meu salário efetivo, conforme opção abaixo registrada:

De: (%) _____ % (_____ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo.

CONTRIBUIÇÃO NORMAL MENSAL Para: (%) _____ % (_____ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo.

Obs.: A alteração do percentual de Contribuição descrita acima será registrada no sistema da PREVIMINAS no mês de AGOSTO de cada ano.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante