

DADOS DO PARTICIPANTE				
Nome				
Matrícula		Data de inscrição no plano		CPF
Data de nascimento				RG
E-mail			Telefone	
Sexo	Estado Civil		Patrocinador	Plano
() Masculino	() Casado(a)	() Sep. judicial	() CAIXA	() Novo Plano
() Feminino	() Solteiro(a)	() Viúvo(a)	() FUNCEF	() REB
	() União estável			() REG/Replan
	() _____			

ENDEREÇO			
Logradouro			Nº
Complemento		Bairro	
Cidade	Estado	CEP	

POR OCASIÃO DA SUSPENSÃO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU FUNCIONAL COM O PATROCINADOR, DECLARADO PLENO CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIO E SOLICITO:

- () **Autopatrocínio Total** - Manutenção pelo participante do vínculo ao plano de benefícios, responsabilizando-se por suas contribuições e as do patrocinador.
- () **Autopatrocínio Parcial** - Manutenção referente à perda salarial, responsabilizando-se por suas contribuições e as do patrocinador.

- () Autorizo que as contribuições como Autopatrocinado (parte participante + parte patrocinador) sejam debitadas todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente na conta de nº _____, mantida junto à CAIXA, Agência _____, Operação _____, após o consentimento dos valores decorrentes dessa opção.

Obs: As informações dos valores referentes ao Autopatrocínio lhe serão enviadas para o e-mail informado neste formulário.

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do proponente	Pela FUNCEF
	(Carimbo e assinatura)