

## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DO PARTICIPANTE

Nº

IDENTIFICAÇÃO			
Nome do Servidor:		ID Funcional / Matrícula:	
CPF:	Data de nascimento: / /	Email:	
Endereço:			CEP:
Bairro:		Cidade:	UF:
Telefone fixo:		Telefone celular:	Participante: <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Facultativo
Órgão Patrocinador:		Cargo Efetivo:	

Consoante disposição contida no artigo 15 do Regulamento do Plano de Benefícios RJPrev-CD, manifesto minha opção pelo **CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO** como participante da Fundação de Previdência Complementar do Estado do Rio de Janeiro - RJPrev.

Declaro para os devidos fins estar ciente que o cancelamento da minha inscrição no Plano gera perda dos direitos previstos no Regulamento do Plano de Benefícios, a exceção dos direitos relativos ao resgate que poderei solicitar a partir do término do vínculo empregatício com a Patrocinadora, conforme critérios regulamentares;

Tenho conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios RJPrev-CD, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas. Autorizo a RJPrev a tomar as providencias necessárias para a efetivação do cancelamento de minha inscrição no plano RJPrev-CD.

<b>Local e data</b>	<b>Assinatura do Participante</b>
<b>PARA USO EXCLUSIVO DA RJPrev</b>	
<b>Número de Solicitação:</b>	<b>Data de Deferimento:</b>
<b>Responsável pela Análise: (carimbo e assinatura)</b>	

**PROTOCOLO –Requerimento de cancelamento - PARA USO EXCLUSIVO DA RJPrev**

Nome do Servidor:		ID Funcional / Matrícula:	
Data de Pedido:		Responsável pelo recebimento do pedido: (identificação e assinatura)	