

PLANO MUNICÍPIOS-CD REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO

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	
Municípios:	Cargo Efetivo:		

Consoante disposição contida no artigo 10 do Regulamento do Plano de Benefícios Municípios-CD, manifesto minha opção pelo **CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO** como participante do Plano de Benefícios dos Municípios-CD 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 dos Municípios-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 Municípios-CD.

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

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)	