SOLICITAÇÃO DE AUTOPATROCÍNIO

DADOS DO PARTICIPANTE

1- Nome do plano:	2- Matrícula Ceres:	3- Matrícula Funcional:
4- Patrocinadora:	5- CPF:	
6- Nome do participante:		7-UF:
8-Endereço Residencial:		9-Complemento:
10-CEP	11-Cidade:	12-Bairro:
13– Telefone comercial:	14- Telefone residencial:	15- Telefone celular:
16- Email 1:	17- Email 2:	18-Plano: Flex ○ Básico ○

PROCURADOR

19–Nome:	
20-CPF:	21-Data de nascimento:

REQUERIMENTO*

22-Requerimento*

Senhor Diretor de Seguridade
O(a) participante acima identificado(a) requer, nos termos do Regulamento que rege a matéria, a manutenção de Inscrição a seguir assinalada:

- ○ Por rescisão contratual
- ○ Por suspensão contratual ou afastamento da folha de pagamento, em virtude de licença sem remuneração.
- ○ Por afastamento de folha de pagamento, em virtude de gozo de auxílio-doença antes de completar o período de carência regulamentar.
- ○ Por afastamento da folha de pagamento, em virtude de serviço militar obrigatório.
- ○ Manutenção parcial em virtude de redução salarial.
- ○ Por afastamento da folha de pagamento sem o recolhimento pela patrocinadora da contribuição patronal.

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela Ceres - Fundação de previdência, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7o, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o lgpd@ceres.org.br

23-Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres.

Local	Data	Assinatura do(a) Participante ou Procurador(a)

A FORMA DE COBRANÇA SERÁ REALIZADA DE ACORDO COM A ESCOLHA DO PARTICIPANTE: REPRESENTANTE LOCAL

○ 24-Débito em conta (somente no Banco do Brasil) preencher o formulário autorização de débito em conta.	○ 25-Boleto (Ficará disponível na sua área restrita, vencimento no décimo dia útil de cada mês)

26- Suspensão ou Afastamento (data) a	27- Data do Desligamento/Suspensão	
28- Nível Salarial	29- Mês de Referência	30- Último salário

31- Recibo e Requerimento:

Carimbo, Data e Assinatura do Representante

* Campos de preenchimento obrigatórios