

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE AUTOPATROCÍNIO

1. Número da Solicitação:		2. Nome completo do participante(sem abreviações):	
3. Identificação única:		4. Órgão Patrocinador/SIGLA:	
5. Data de Nascimento:	6. CPF:	7. E-mail:	
8. Endereço completo (logradouro, complemento):			
9. Bairro:		10. Cidade:	11. CEP:
12. UF:			
13. Telefone(s) para contato: (DDD) – Residencial:		(DDD) – Comercial:	(DDD) – Celular:
(DDD) – Outros:			
Solicito o cancelamento de minha condição de <u>autopatrocinado</u>, estando ciente de que posso optar por um dos institutos (BPD, portabilidade ou resgate), desde que preenchidos os requisitos necessários, em conformidade com o Plano Executivo Federal aprovado pela Portaria PREVIC nº 44/2013.			
Local e data:		Assinatura do Servidor	
14. Validação de dados pela Patrocinadora: (USO EXCLUSIVO DA PATROCINADORA)			
Local e Data do Protocolo/ Validação:		Carimbo e Assinatura do Responsável	

Para informações sobre os canais de atendimento da FUNPRES P, acesse www.funpresp-exe.com.br