

# 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:
<p>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.</p>			
<b>Local e data:</b>		<b>Assinatura do Servidor</b>	
<b>14. Validação de dados pela Patrocinadora: (USO EXCLUSIVO DA PATROCINADORA)</b>			
<b>Local e Data do Protocolo/ Validação:</b>		<b>Carimbo e Assinatura do Responsável</b>	