|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CPF: |
| Razão Social da **INSTITUIDORA**: | CNPJ/MF n.º |

|  |
| --- |
| Declaro que:   * Tive prévio e expresso conhecimento dos termos e disposições constantes do **CONTRATO** entre a **INSTITUIDORA** e a **ITAÚ**, bem como, do **REGULAMENTO** do **PROGRAMA DE PREVIDÊNCIA** e que não tenho interesse em aderir ao **PROGRAMA DE PREVIDÊNCIA** e ao PLANO DE BENEFÍCIO DE RISCO (quando houver). * Tenho ciência de que poderei aderir ao **PROGRAMA DE PREVIDÊNCIA** a qualquer momento, por meio do site <https://itausolucoes.adesaoprevidencia.com.br/> que contém todas as informações necessárias para adesão.   Em caso de dúvidas, contate o RH da **INSTITUIDORA**.  Assumo a responsabilidade integral pelas informações aqui prestadas.        /       /       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data Assinatura |