

TERMO DE OPÇÃO

Institutos Legais -

1. Nº do plano:	2. CNPJ:	3. Nome do Instituidor:
	20.070.035-38	APMPPR
4. Nome Completo do Participante:		
DEBORAH NOGUEIRA TRALDI MAGGIO		
5. Matrícula:	6. CPF:	7. Data do cancelamento do plano:
52	879.853.819-53	
8. Telefone (s) para contato:		
(41) 3362-8941		
9. Endereço residencial:		
RUA JOSÉ EURÍPEDES GONÇALVES 177 SOB. 01		
10. Cidade:	11. UF:	12. CEP:
CURITIBA	PR	82520-490
13. E-mail:		
relacionamento@jusprev.org.br		
14. Banco:	15. Agência nº:	16. Conta corrente nº:

17. Opção:

Tendo em vista minha comunicação junto à JUSPREV, solicito:

() O cancelamento de minha inscrição e o resgate do saldo de minha conta individual conforme informado a seguir, com depósito do valor correspondente na conta corrente acima informada, da qual sou titular, após o cumprimento da carência estipulada no Regulamento do plano.

()

Pagamento único

()

Parcelas mensais (em até ____ parcelas – máximo de 12)

() O cancelamento de minha inscrição e a portabilidade do saldo correspondente a 100% do meu direito acumulado junto ao respectivo plano de aposentadoria complementar acima, bem como expresse minha total anuência quanto às informações constantes deste Termo, em conformidade com a legislação vigente e de acordo com o contido no Regulamento, conforme dados a seguir informados:

OBS: Ao participante que não optar por um dos institutos acima no prazo de 60 dias, será presumida a opção pelo Benefício Proporcional Diferido, atendidas as condições previstas no Regulamento da JUSPREV.

Nome do Plano:	Entidade Administradora:
PLANJUS	JUSPREV
CNPJ/MF:	Endereço:
09.350.840/0001-59	RUA MATEUS LEME, 2018 - TÉRREO - CENTRO CÍVICO
Cidade:	UF:
CURITIBA	PR
Banco da Entidade (nome e nº):	Agência da Entidade nº:

Local e Data: _____, ____/____/____

?

Participante

Tenho ciência de que o resgate dos valores contribuídos para renda será liberado após o período de carência que terminará em **JULHO / 2014**

Após o preenchimento do Termo, enviá-lo para a JUSPREV.