

1. Nome completo do participante (sem abreviações):			
2. Identificação única:	3. Órgão Patrocinador/SIGLA:		
4. CPF:	5. E-mail trabalho:	6. E-mail pessoal:	
7. Telefone(s) para contato: (DDD) – Residencial:	(DDD) – Trabalho:	(DDD) – Celular:	(DDD) – Outros:
8. Solicitação Em observância ao disposto no artigo 10 do Regulamento do Plano LegisPrev, solicito o cancelamento de minha condição de <u>Autopatrocinado</u> .			
Local e data:		Assinatura do Participante	
9. Protocolo pela FUNPRESP-EXE: (USO EXCLUSIVO DA FUNPRESP-EXE)			
Local e Data do Protocolo:		Carimbo e Assinatura do Responsável	

Para informações sobre os canais de atendimento da FUNPRESP-EXE, acesse www.funpresp.com.br
Vigência: a partir de 06 de junho de 2017