

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO		MATRÍCULA Nº		CPF
NOME				
E-MAIL		DATA DE NASCIMENTO		ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		NÚMERO	CEP	BAIRRO
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR

Solicito a manutenção de minha inscrição, na condição de participante AUTOPATROCINADO, assumindo as contribuições pessoais e, quando for o caso, as contribuições da empresa ao Plano de Previdência ao qual faço parte tendo em vista a:

PERDA TOTAL da remuneração, decorrente Licença/afastamento por prazo indeterminado ou determinado Período de Licença/Afastamento.
Início: _____ Término: _____

PERDA PARCIAL da remuneração.

Sendo assim, opto por:

Manutenção do valor pago atualmente

Alterar o valor de contribuição para a opção: _____

Opção de contribuição	% A SEREM APLICADOS SOBRE AS PARTES DO SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO			
	Salário até 4.129,13	Salário entre 4.129,13 e 8.258,26	Salário entre 8.258,26 e 24.774,78	Salário excedente a 24.774,78
1	3,00%	5,00%	12,00%	15,00%
2	2,70%	4,50%	10,80%	13,50%
3	2,40%	4,00%	9,60%	12,00%
4	2,10%	3,50%	8,40%	10,50%
5	1,80%	3,00%	7,20%	9,00%
6	1,50%	2,50%	6,00%	7,50%

Boleto bancário

Débito em conta:

Banco do Brasil (001)

Banco Bradesco (237)

Banco Santander (033)

Os dados bancários deverão ser do titular do plano.

AGÊNCIA

CONTA

CORRENTE

POUPANÇA

Estou ciente que:

✓ O patrocinador não efetuará contribuição sobre minha contribuição como autopatrocinado, mesmo sem a perda do vínculo.

✓ Minha contribuição será revista e reajustada na mesma época com o mesmo índice da política salarial praticada pelo empregador.

✓ Em caso de débito em conta é necessário autorizar o débito junto ao banco.

_____, de _____ de 20_____
LOCAL DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE