

É importante que todos os campos sejam preenchidos

\_\_\_\_\_  
NOME CPF MATRÍCULA Nº

\_\_\_\_\_  
E-MAIL TELEFONE RESIDENCIAL TELEFONE CELULAR

Solicito a alteração do valor mensal da minha contribuição, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, conforme abaixo especificado:

Passar a contribuir com o valor de R\$ \_\_\_\_\_

Estou ciente que:

- ✓ Caso minha opção seja pela redução no valor da minha contribuição, esta decisão refletirá no meu benefício futuro e também reduzirá o benefício fiscal a que tenho direito.
- ✓ Minha contribuição será revista e reajustada todo ano no mês de Maio de acordo com o INPC.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).