

1. CNPB: 2016.0015-18	2. Patrocinador/Órgão:	3. Cargo efetivo:	4. N° de Inscrição ao Plano:		
5. Nome Completo do Servidor / Membro (Sem abreviações):			6. N° de Matrícula:		
7. Data de Nascimento:	8. CPF:	9. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	10. RG:	11. Órgão Expedidor / UF:	12. Data de expedição:
13. Estado Civil:	14. E-mail Pessoal:		15. E-mail Institucional		
16. Endereço completo (logradouro, complemento):					
17. Bairro		18. Cidade:		19. CEP:	20. UF:
21. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Comercial		(DDD) – Celular	
(DDD) – Outros					

### 22. Contribuição Normal

- SOLICITO** a alteração do percentual de desconto, incidente sobre o meu salário de participação, conforme indicado abaixo:
- Participante Patrocinado**: escolho o seguinte percentual, que incidirá sobre o meu salário de participação:  6%  7% ou  8%
- Ou
- Participante Facultativo**: escolho o percentual de \_\_\_\_\_, que incidirá sobre o meu salário de participação. O percentual não poderá ser inferior a 1% ou superior a 8%.
- AUTORIZO a incidência** do percentual da Contribuição Normal sobre as parcelas remuneratórias, sempre que houver, percebidas em decorrência do local de trabalho e exercício de cargo em comissão ou de função de confiança, sem a contrapartida do Patrocinador.
- AUTORIZO a exclusão** do percentual da Contribuição Normal sobre as parcelas remuneratórias, sempre que houver, percebidas em decorrência do local de trabalho e exercício de cargo em comissão ou de função de confiança.

#### Observações:

O valor da Contribuição Normal não poderá ser inferior a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano), que pode ser consultado no site da SCPREV (www.scprev.com.br). As alterações realizadas através deste formulário podem ser realizadas uma vez ao ano, conforme Regulamento do Plano, vigorando no mês de junho subsequente a esta solicitação.

### 23. Contribuição Adicional

Contribuição aportada pelo Participante Patrocinado, Participante Facultativo, Participante Autopatrocinado ou Participante Unitário, de caráter opcional, sem contrapartida do Patrocinador.

- AUTORIZO o desconto**, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional no percentual de \_\_\_\_\_, que incidirá sobre o meu salário de participação.
- SOLICITO a alteração** do percentual de desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional, passando a ser o percentual de \_\_\_\_\_, que incidirá sobre o meu salário de participação.
- SOLICITO a suspensão** do desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Adicional, pelo período de \_\_\_\_\_ meses.
- SOLICITO o cancelamento** do desconto em folha de pagamento, da Contribuição Adicional.

#### Observações:

O percentual de Contribuição Adicional não poderá ser inferior a 1% e a contribuição não poderá ser inferior a 1 VMP (Valor Mínimo do Plano). O desconto da Contribuição Adicional, no caso de suspensão, retornará automaticamente após o período informado acima. As alterações realizadas através deste formulário podem ser realizadas a qualquer tempo, conforme Regulamento do Plano, vigorando no segundo mês subsequente ao da solicitação.

_____ de _____ de 20_____. <p style="text-align: center;">Local e Data</p>	_____ <p style="text-align: center;">Assinatura do Participante</p>
---	--

#### DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV:

Data do protocolo na SCPREV ____/____/____	Carimbo e assinatura da SCPREV	Implantado na SCPREV por:  Em: ____/____/____	Deferido na SCPREV por:  Em: ____/____/____
---	--------------------------------	---	---

O formulário original deverá ser enviado à SCPREV.

FORM07V07

#### MAIS INFORMAÇÕES