

| | | | |
|--|---|---------------------|---------------------------------|
| 1. CNPB: 2016.0015-18 | 2. Patrocinador/Órgão: | 3. Cargo efetivo: | 4. Nº de Inscrição ao Plano: |
| 5. Nome Completo do Servidor (Sem abreviações): | | 6. CPF: | 7. Nº de Matrícula do Servidor: |
| 8. Estado Civil: | 9. Endereço completo (logradouro, complemento): | | |
| 10. Bairro | 11. Cidade: | 12. CEP: | 13. UF: |
| 14. Telefone(s) para contato: (DDD) – Celular | (DDD) – Outros | 15. E-mail Pessoal: | 16. E-mail Institucional |

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%.
- SOLICITO a suspensão** do desconto, em folha de pagamento, da Contribuição Normal pelo período de _____ meses.
- 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 da Contribuição Normal por meio 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 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. Para prorrogar a suspensão, deve ser feita nova solicitação utilizando este formulário. As alterações da Contribuição Adicional por meio deste formulário podem ser realizadas a qualquer tempo, conforme Regulamento do Plano, vigorando no segundo mês subsequente ao da solicitação.

| | |
|--|--|
| _____ de _____ de 20_____ Local e Data | _____ Assinatura do Participante |
|--|--|

FORM07V09

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV:

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

MAIS INFORMAÇÕES