

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

16. 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 de ____, incidente sobre o meu salário de participação. O percentual não poderá ser inferior a 1% ou superior a 8%.
- 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. Não poderá ultrapassar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos.
- AUTORIZO a incidência** da Contribuição Risco, deduzida da Contribuição Normal, com contrapartida do patrocinador, cujo valor ou alíquota será definido pelo plano de custeio ou pela sociedade seguradora contratada.
Observação: Conforme o inciso X do Art. 3º do Regulamento do Plano, a contribuição é opcional para participantes patrocinados.
- SOLICITO o cancelamento** da incidência da Contribuição Risco, deduzida da Contribuição Normal.

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.

17. Contribuição Adicional

Contribuição aportada pelo Participante Patrocinado, Participante Facultativo ou Participante Autopatrocinado, 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
---	--

FORM33V01

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