

REQUERIMENTO DE CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA

1. Número da Solicitação:	2. Órgão Patrocinador/SIGLA:
---------------------------	------------------------------

3. Identificação única:	4. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)
-------------------------	---

5. Data de Nascimento:	6. CPF:	7. E-mail:
------------------------	---------	------------

8. Endereço completo (logradouro, complemento):

9. Bairro:	10. Cidade:	11. CEP:	12. UF:
------------	-------------	----------	---------

13. Telefone(s) para contato: (DDD) – Residencial:	(DDD) – Comercial:	(DDD) – Celular:	(DDD) – Outros:
---	--------------------	------------------	-----------------

14. Informações acerca da contribuição Facultativa Mensal:

Obs.: O valor mínimo da contribuição facultativa é de 7,5% (sete inteiros e cinco décimos por cento) do salário de participação, podendo ser menor apenas quando a contribuição básica ou alternativa for de 8,5% (oito inteiros e cinco décimos por cento) do salário de participação, caso em que sua contribuição facultativa pode ser inferior a 7,5% (sete inteiros e cinco décimos por cento) do salário de participação

Valor (R\$)	Valor por extenso

15. Informações acerca da contribuição Facultativa Esporádica:

Valor (R\$)	Valor por extenso	Mês de cobrança


16. Forma de Recolhimento:

Autorizo a emissão de boleto bancário em meu nome, com remessa para o endereço especificado nos itens 8 a 12.

17. Declaração:

Estou ciente de que não há contrapartida de patrocinadores relativamente às contribuições facultativas que forem por mim vertidas ao plano e tenho conhecimento do inteiro teor do Regulamento do Plano Executivo Federal. Sei também que a contribuição facultativa mensal incide inclusive sobre o valor correspondente à gratificação natalina ou 13o.-salário.

Assumo todas as responsabilidades sobre as operações que deram origem à contribuição efetuada para o Plano de Benefícios Previdenciários.

Local e Data: _____, ____/____/____  _____ Participante