**Alteração dos Percentuais de Contribuição**

**Plano de Contribuição Definida**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrocinador:** Escolher | **Matrícula:** |
| **Nome do(a) Participante:** |

Solicito a **alteração** dos percentuais de minha Contribuição Normal Mensal Programada nos termos do Inciso I do Artigo 53 do Regulamento Complementar do referido Plano. Estou ciente que o valor da contribuição mensal será igual ao somatório dos valores correspondentes aos percentuais aqui escolhidos, conforme proposto abaixo:

**Importante: preencha os dois campos abaixo.**

* \_\_\_\_% Percentual de 1% a 15%, para incidir sobre a 1ª faixa do meu salário de participação que vai até 10 URP´s (Unidade de Referência Previnorte);
* \_\_\_\_% Percentual de 5% a 15%, para incidir sobre a 2ª faixa do meu salário de participação que excede 10 URP´s (Unidade de Referência Previnorte).

Autorizo o desconto mensal, em minha folha de pagamento, da Contribuição Previdenciária prevista no Regulamento de Benefícios.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ,  |   | de |   | de  |   |

 *Cidade dia mês ano*

  **(assinatura do participante)**

**IMPORTANTE!**

**Assinatura do documento:**

1. Assine este documento de forma eletrônica, por meio de certificado digital ou sua plataforma de assinatura eletrônica, salve em PDF e envie para o e-mail: relacionamento@previnorte.com.br; ou
2. Imprima e assine o documento, digitalize em formato PDF e envie para o e-mail: relacionamento@previnorte.com.br