

**AFASTAMENTO TEMPORÁRIO DO PARTICIPANTE EM VIRTUDE
DO AFASTAMENTO DO EMPREGADO COM A PATROCINADORA
(Sem perda do vínculo empregatício)**

Empresa Patrocinadora:	<input type="text"/>
Nome completo do(a) Participante:	<input type="text"/>
Data de nascimento:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Endereço Completo:	<input type="text"/>
Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>
UF:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>

Conforme dispõe as alíneas "a e b" do inciso II do art. 14 do Regulamento do Plano VALOR EMPRESARIAL, quando a interrupção ou suspensão do contrato de trabalho resultar na perda da remuneração, o Participante poderá:

a) optar pela suspensão de suas contribuições ao Plano VALOR EMPRESARIAL, situação em que ficará com seus direitos e obrigações frente ao Plano suspensos enquanto permanecer suspenso ou interrompido o seu contrato de trabalho, assumindo a condição de Participante com Direitos Suspensos; ou

b) manter seus direitos e obrigações frente ao Plano, mediante a opção pelo instituto do Autopatrocínio, assumindo a condição de Participante Sem Remuneração em Autopatrocínio.

Ciente das informações acima, solicito:

Suspender as contribuições no período em que estiver com o contrato de trabalho suspenso

A manutenção de minha inscrição na condição de AUTOPATROCINADO, assumindo as contribuições para o Plano de

Benefícios do VALOR EMPRESARIAL, conforme descrito no Regulamento do Plano

Manter o percentual de contribuição

Alteração do percentual de contribuição pessoal conforme informado abaixo:

Contribuição Básica: 1 a 5%

Contribuição Voluntária: 1 a 30%

Forma de Recolhimento:

Autorizo a emissão de boleto bancário em meu nome, com remessa para o meu **endereço residencial**.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Manifestação da Patrocinadora:

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura Patrocinado

Atenção:

O SEBRAE PREVIDÊNCIA receberá, pelo e-mail protocolo@sebraeprev.com.br, os formulários legíveis em PDF digitalizados, com a **assinatura do requerente à mão ou assinatura eletrônica**, sem o reconhecimento de firma em cartório. O SEBRAE PREVIDÊNCIA, no entanto, reserva-se o direito de, a qualquer momento, requerer documentos adicionais e/ou o reconhecimento de firma em cartório para a confirmação da autenticidade da assinatura do participante.

SEPN, Quadra 515, Bloco C, loja 32, 1º andar - SEBRAE PREVIDÊNCIA. CEP: 70.770-503 /

Brasília, DF

Nos casos de requerimento de resgate, portabilidade, benefício, bpd(benefício deferido proporcional) e opção pelo auto-patrocínio, é necessário enviar, cópia da identidade, comprovante bancário e rescisão contratual, nos demais formulários apenas cópia da identidade.

SEPN, Quadra 515, Bloco C, loja 32, 1º andar - SEBRAE PREVIDÊNCIA. CEP: 70.770-503 /

Brasília, DF