

## SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO VOLUNTARIA

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"/>
Data da perda do vínculo empregatício:	<input type="text"/>

**Solicito a suspensão do recolhimento** das minhas contribuições voluntárias para o Plano de Benefícios SEBRAEPREV, conforme previsto no parágrafo 3º do artigo 27 do Regulamento.

Declaro ter conhecimento de que nova opção para recolher contribuição voluntária somente poderá ser efetivada na próxima data para alteração de contribuição, ou seja, Abril e Maio (artigo 27, parágrafo 3º do Regulamento do Plano VALOR EMPRESARIAL).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante

**Manifestação da Patrocinadora:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura Patrocinador

### Atenção:

O SEBRAE PREVIDÊNCIA receberá, pelo e-mail [protocolo@sebraeprev.com.br](mailto: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.

**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 copia de identidade.**