

## CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome \_\_\_\_\_  
Participante  ativo  expatriado  afastado (doença/sem remuneração total)  autopatrocinado  
Empresa (patrocinadora) \_\_\_\_\_  
Local de trabalho (unidade) \_\_\_\_\_ Nº de matrícula na empresa \_\_\_\_\_  
Tel. comercial \_\_\_\_\_ Tel. residencial ou celular \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Pela presente, como participante do plano de benefícios Votorantim Prev administrado pela Funsejem, declarando estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no regulamento do referido plano, e em observância ao item 5.11 do mencionado regulamento, opto por efetuar a contribuição adicional da forma assinalada a seguir.

### Assinalar apenas uma das formas abaixo:

- percentual de \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ por cento) sobre o salário aplicável.
- percentual de \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ por cento) sobre o programa de participação nos resultados e/ou remuneração variável
- percentual de \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ por cento) sobre o 13º salário.
- transferência bancária no montante de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ reais). Obs.: contate a Funsejem para obter os dados bancários.

### Declaro estar ciente e concordar que:

Se a contribuição adicional corresponder a um percentual e na folha de salários não houver, por qualquer motivo, o desconto da contribuição adicional, o participante ficará obrigado a recolhê-la à Funsejem diretamente ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o último dia útil do mês de competência.

Se a contribuição adicional corresponder a um valor expresso em moeda corrente nacional, o participante deverá recolhê-la diretamente à Funsejem e encaminhar o comprovante do recolhimento juntamente com este formulário.

No caso de participante desligado elegível ao benefício de aposentadoria normal pelo plano, a opção pela contribuição é única e deverá ser efetuada no prazo de 30 (trinta) dias do término do vínculo empregatício.

Seja procedido o desconto na folha de salários referente à contribuição adicional no valor correspondente à aplicação do percentual do meu salário aplicável acima definido, se o caso.

A contribuição adicional será realizada por:  \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) meses  tempo indeterminado

**Para estabelecer os devidos controles exigidos pela norma legal de combate ao crime de lavagem de dinheiro, em caso de contribuição adicional realizada fora da folha de pagamento, solicitamos a declaração da origem dos recursos no campo abaixo:**

*Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em [www.funsejem.org.br](http://www.funsejem.org.br).*

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO