

## 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.
- valor expresso em moeda corrente nacional no montante de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ reais)

**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

**Em conformidade ao disposto no subitem 5.11.3 do plano de benefícios Votorantim Prev, declaro a seguir a origem do valor de minha contribuição adicional não efetuada por meio de desconto de minha folha de salário:**

**Instrução PREVIC nº 18/2014:** informamos que de acordo com a Instrução PREVIC nº 18/2014, a Funsejem deverá informar ao Conselho de Controle das Atividades Financeiras - COAF as contribuições efetuadas pelo participante ao plano de benefícios Votorantim Prev cujo o valor seja incompatível com seu cargo ou rendimento.

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

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

**PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO**