

SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome _____

Participante ativo afastado (doença/sem remuneração total) autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) _____ CPF _____

Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Com fundamento no disposto no subitem 5.1.2.4 do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente correspondência solicitar a suspensão da minha contribuição adicional.

A suspensão vigorará a partir do próprio mês ou do mês subsequente ao desta solicitação.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO