

## 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 5.11.4 do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, 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