

**PLANO DE BENEFÍCIOS PREVER**  
**TERMO DE ADESÃO**

**DEVOLUÇÃO OBRIGATÓRIA - PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

<b>NOME DO EMPREGADO</b>			
<b>CARTEIRA DE IDENTIDADE RG Nº</b>		<b>CPF Nº</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>PATROCINADOR</b>	<b>LOCAL</b>	<b>MATRÍCULA</b>	<b>DATA ADMISSÃO</b>

Sim, tenho interesse em ingressar no Plano de Benefícios Prever, conforme termos da presente Proposta de Adesão.

Não tenho interesse em ingressar no Plano de Benefícios Prever.

Em razão da opção acima especificada, SOLICITO MINHA INSCRIÇÃO no Plano, e declaro que:

Recebi o Estatuto, Regulamento e Material Explicativo.

Estou ciente e concordo, após lido e compreendido, com os direitos e obrigações previstos no Estatuto e no Regulamento do Plano de Benefícios, os quais neste ato recebo um exemplar juntamente com o Material Explicativo.

Autorizo o Patrocinador a descontar da minha folha de salários, a título de Contribuição Normal, o valor mensal correspondente a \_\_\_\_\_% do meu salário de participação, apurado a cada mês, de acordo com o artigo 51 do Regulamento do Plano de Benefícios Prever.

Estou ciente que o percentual escolhido deverá ser o mesmo estabelecido no Inciso I do artigo 52 do Regulamento do Plano de Benefícios Prever, conforme o seguinte critério:

Mínimo de 3,5% (três vírgula cinco por cento), 5% (cinco por cento), 7,41% (sete vírgula quarenta e um por cento) e 8% (oito por cento). A partir de 8% (oito por cento) os aumentos de percentual deverão obedecer a ordem de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) até atingir o limite máximo de 15% (quinze por cento).

Se por qualquer motivo não for efetuado o desconto das contribuições na folha de salário, autorizo a Fundação a debitar da minha conta de depósito do salário mensal o valor correspondente a contribuição mensal.

Declaro ainda que o meu pedido de inscrição à Fundação, no Plano de Benefícios Prever, será efetivado quando da entrega do respectivo Certificado de Participante que, para todos os efeitos legais, vigorará a partir da data deste Termo de Adesão.



Para todos os fins de direito, responsabilizo-me pela veracidade das informações acima prestadas, comprometendo-me a respeitar e observar o Estatuto, o Regulamento do Plano de Benefícios, as normas estabelecidas pela Legislação vigentes e aquelas que vierem a ser instituídas, bem como manter atualizados meus dados e de meus beneficiários ora informados no quadro a seguir:

<b>Beneficiário</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Data Nasc.</b>	<b>Sexo</b>

**LOCAL DATA**


**ASSINATURA DO EMPREGADO**

--

*Para uso exclusivo da Fundação*

Data de recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_