

SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

PLANO SOLVAYPREV

PREENCHA E ASSINE NO LOCAL INDICADO

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO			CPF
PRONTUÁRIO Nº	LOCAL DE TRABALHO	ÁREA	DEPARTAMENTO
EMPRESA PATROCINADORA (EMPREGADOR)			
TELEFONE (DDD)	CELULAR (DDD)	E-MAIL	

Suspender minha contribuição

Eu, empregado acima identificado da Patrocinadora, solicito suspender minha Contribuição Normal ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev da PRhospers Previdência Rhodia. Estou ciente que a suspensão da minha Contribuição Normal implica na suspensão automática da correspondente parcela da Patrocinadora vertida para o mesmo Plano, denominada Contribuição Adicional.

Reativar minha contribuição

Eu, empregado acima identificado da Patrocinadora, solicito restabelecer minha Contribuição Normal ao Plano de Aposentadoria SolvayPrev da PRhospers Previdência Rhodia, **com a mesma porcentagem vigente no mês anterior à suspensão.**

Estou ciente que a reativação da minha Contribuição Normal será acompanhada da reativação da correspondente Contribuição Adicional da Patrocinadora, conforme as regras e limites estabelecidos no Regulamento do Plano.

A solicitação de suspensão ou reativação recebida até dia 05 do mês, será processada dentro do próprio mês, após dia esta data será processada para o mês subsequente.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
(igual ao documento CPF ou RG)

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PRHOSPER

DATA: ____ / ____ / ____ VISTO: _____