

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO AO PLANO  
DE BENEFÍCIOS ACEPREV**

Matrícula Aceprev: \_\_\_\_\_

**Declaro que é do meu interesse:**

- Autorizar o Patrocinador a descontar, mensalmente, a título de Contribuição Básica, o seguinte percentual sobre o meu Salário Aplicável:

Faixa Salarial	% de Contribuição Básica <sup>(1)</sup>
Até 11,32 UPC <sup>(2)</sup>	1,0%
De 11,32 UPC a 19,25 UPC	5,0%
De 19,25 UPC a 35,95 UPC	6,5%
De 35,95 UPC a 47,56 UPC	7,8%
Acima de 47,56 UPC	8,8%

<sup>(1)</sup> Escala de contribuição relativa ao Participante Ativo e Ativo Migrado.

<sup>(2)</sup> Valor atual da UPC: R\$ 551,39 (Base: Nov/2022).

- Autorizar o Patrocinador a descontar, mensalmente, a título de Contribuição Voluntária, o percentual inteiro de \_\_\_\_\_% <sup>(3)</sup> sobre o meu Salário Aplicável:

<sup>(3)</sup> O percentual mínimo de Contribuição Voluntária é de 1% (um por cento) do Salário Aplicável.

- Autorizar o patrocinador a suspender o desconto das Contribuições para o Plano de benefícios ACEPREV junto a Acesita Previdência Privada – ACEPREV, estando ciente das perdas inerentes a esta suspensão.

Nome do Participante	% Contribuição Total
Registro	R3
Área	Ramal

Assinatura \_\_\_\_\_ Visto Aceprev \_\_\_\_\_

Email para devolução do Protocolo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Local Data

Obs.: Estou ciente de que, havendo alteração no meu Salário Aplicável na Patrocinadora após o preenchimento deste formulário que implique mudança de faixa de contribuição, conforme Art. 18 do Regulamento, fica desde já a Entidade autorizada a adequar/aumentar o desconto em folha ao mínimo da faixa salarial aplicável no caso.

Obs.: \*Em caso de empréstimo com a Entidade, a alteração acima poderá impactar nas condições contratadas. Caso necessário a Aceprev entrará em contato.

**Envie este Termo preenchido e assinado utilizando um dos seguintes meios:**

Malote interno para a Equipe ACEPREV

Correio: Praça 1º de Maio, 9 - Centro, Timóteo/MG - Cep 35180-018

**PROTÓCOLO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO AO PLANO DE BENEFÍCIOS ACEPREV**

Nome do Participante	% Contribuição Total
Assinatura	Visto Aceprev
Local	/ / Data

Obs.: Estou ciente de que, havendo alteração no meu Salário Aplicável na Patrocinadora após o preenchimento deste formulário que implique mudança de faixa de contribuição, conforme Art. 18 do Regulamento, fica desde já a Entidade autorizada a adequar/aumentar o desconto em folha ao mínimo da faixa salarial aplicável no caso.