FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE SEGURIDADE SOCIAL - SÃO FRANCISCO
Plano de Benefícios II- Codeprev
Requerimento de Autopatrocínio - CODEPREV

Nome do Requerente: | Nascimento: | Matrícula CODEVASF:

Data da Suspensão / Encerramento do Contrato de Trabalho:

CPF Nº: | Identidade: | Órgão Emissor | UF | Data de Emissão

Endereço Completo: | Bairro:

Cidade: | UF | CEP | Telefones:

Correio Eletrônico: | Celular:

Nº. Banco: | Compensação | Nome do Banco: | Agência Nº.: | Operação | Conta Nº.: | dv

Representante Legal: | **Tutor** ☐ **Curador** ☐ **Procurador** ☐

CPF Nº: | Identidade: | Órgão Emissor | UF | Data de Emissão

Ilmo. Sr. Diretor de Benefícios

Em face de alteração funcional ou de relação contratual com a PATROCINADORA, com reflexo no SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO, solicito a continuidade como PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO, nos termos dos Art. 17 do Regulamento do Plano de Benefícios II, pagando as contribuições pessoais e também aquelas que caberiam ao respectivo Patrocinador, de modo a permitir a percepção futura de benefício nos níveis anteriormente praticados.

Solicito alteração do percentual incidente sobre o meu Salário Real de Contribuição - SRC, conforme previsto no Regulamento do Plano, Art. 57, §1º, para:

☐ **2%** ☐ **3%** ☐ **4%** ☐ **5%** ☐ **6%** ☐ **7%** ☐ **8%**

LOCAL E DATA | ASSINATURA

REPRESENTANTE LOCAL
Conferi os dados lançados neste requerimento e declaro que as cópias dos documentos anexadas são autênticas.

CARIMBO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE