

TERMO DE CONTRIBUIÇÃO ESPORÁDICA

APORTE ESPECÍFICO

Nome Matrícula CPF

Telefone Pessoal E-mail Pessoal

Responsável Financeiro CPF do Responsável

Eu, na condição de Participante do Plano de Benefícios Instituído PreviBayer, administrado pela PreviBayer Sociedade de Previdência Privada, venho, por meio do presente formulário, em conformidade com o disposto no Regulamento do referido Plano, **comunicar que efetuirei Aporte Específico/Contribuição Esporádica, conforme o caso.**

ASSINALE ABAIXO A PERIODICIDADE DAS CONTRIBUIÇÕES E DETERMINE O PERÍODO/ANO:

Período de até

Aporte Único 15 dias/Quinzenal Mensal Bimestral Trimestral Semestral

Informe o valor, que após identificado será alocado pela PreviBayer em sua conta de contribuição de participante:

R\$

Declaro estar ciente de que o valor será depositado, na conta-corrente do Plano de Benefícios Instituído PreviBayer, informada abaixo:

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	CNPJ
ITAÚ	0912	03253-9	52.041.084/0001-05

De acordo com o Art. 21 da Instrução Normativa nº 34 da PREVIC, caso o valor depositado ultrapasse R\$ 10.000,00 (dez mil reais), informe abaixo a origem do valor correspondente:

Não quero informar a origem do recurso depositado.

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Declaro estar ciente, ainda, de que se o valor a ser aportado ultrapassar o limite estabelecido na norma que trata da prevenção e combate ao crime de "lavagem de dinheiro"* ou ocultação de bens, direitos e valores, a PreviBayer está autorizada a informar ao órgão fiscalizador responsável. Este formulário devidamente assinado, juntamente com cópia do comprovante de depósito ou agendamento bancário, deverá ser enviado para a PreviBayer através do email: contato@previbayer.com.br

*Instrução Normativa 34 da PREVIC de 28 de Outubro de 2020.

.....
LOCAL

.....
DATA

.....
ASSINATURA DO PARTICIPANTE