

TERMO DE CONTRIBUIÇÃO ESPORÁDICA

APORTE ESPECÍFICO

Nome

Matrícula

CPF

Telefone Pessoal

E-mail Pessoal

Eu, na condição de Participante do Plano de Benefícios Instituído Previbayer, administrado pela Previbayer Sociedade de Previdência Privada CNPJ 52.041.084/0001-0, venho, por meio do presente formulário, em conformidade com o disposto no Regulamento do referido Plano, **comunicar que efeturei 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 Aposentadoria CD Flex, informada abaixo:

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	CNPJ
ITAÚ	0912	12484-9	48.307.337/0001-72

De acordo com o item 6.6.1 do Regulamento, 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