

TERMO DE ALTERAÇÃO DE RENDA

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo		CPF (somente números)	
.....			
Celular	E-mail		
.....			
Endereço (Av./Rua)	Número	Bairro	
.....			
Cidade	Estado	CEP	
.....			

ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO

☐ **ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE RENDA**

Solicito a alteração do Percentual de Recebimento da minha Renda Mensal conforme previsto no Regulamento do Plano

(.....)% - optar entre 0,1% e 1,4% do saldo aplicável de renda mensal.

☐ **ALTERAÇÃO DE RENDA MENSAL DETERMINADA EM REAIS**

A alteração do valor da minha renda mensal determinada em reais, conforme previsto no Regulamento do Plano e apontado abaixo.

Benefício fixo: renda mensal no valor de R\$, cujo valor deverá estar entre 0,1% e 1,4% do Saldo de Conta Total remanescente.

ESTOU CIENTE QUE:

Opção somente pode ser exercida no mês de março e setembro, com vigência a partir do mês subsequente.

.....
LOCAL

.....
DATA

.....
ASSINATURA DO PARTICIPANTE