

# MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO



**SUSPENSÃO E RETORNO DE CONTRIBUIÇÕES**  
PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  
2011.0004-83



Instituidor		Matricula no Plano		
Nome Completo do Participante (sem abreviações)				CPF
CEP	Endereço (Logradouro)			Número
Complemento	País	UF	Município	Bairro
Telefone Comercial	Telefone Celular	Telefone Residencial	E-mail	

## Capítulo IV

Artigo 18 – É facultado ao Participante, mediante requerimento escrito dirigido ao à Entidade de Previdência Gestora, suspender por, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, a qualquer momento, o pagamento da Contribuição Normal e/ou da Contribuição Adicional de Risco, se houver.

### Parágrafo Único

A suspensão da Contribuição Adicional de Risco implicará na interrupção da cobertura do seguro por morte e invalidez.

**Diante do exposto, solicito para a próxima competência:**

### Suspender contribuições

### Retomar Contribuições

Contribuição	Valor	Definição
<b>Normal</b>	R\$ _____	Facultativa, de periodicidade mensal, de valor livremente escolhido, observado o mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais). O valor mínimo da Contribuição Normal será atualizado anualmente, a partir de dezembro de 2015, de acordo com a variação do INPC/IBGE.
<b>Adicional de Risco</b>	R\$ _____	Facultativa, no valor que vier a ser definido pelo Participante e Assistido junto à sociedade seguradora, se for o caso.

Os dados presentes neste documento e que serão tratados para a prestação dos serviços aqui previstos, serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018).

Nota: A Empresa que representa a Organização Bradesco é a KIRTON Administração de Serviços para Fundo de Pensão LTDA, CNPJ 30.458.178/0001-41, responsável pela administração de passivo dos planos de benefícios previdenciários da EFPC - MultiBRA Instituidor.

Local e data

Assinatura do Participante

Nome Completo e Assinatura do  
Representante Outorgado do Plano

**\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.**