



ABEFINPREV – PLANO DE BENEFÍCIOS ABEFIN

(Versão 08/23)



CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA

Nome RG Data de Nascimento

Matrícula CPF Estado Civil

Telefone E-mail

Conforme o disposto no Art. 13, Inciso II, e Art. 16 do Capítulo IV, do Regulamento do Plano de **Benefícios Abefin - ABEFINPREV**, administrado pela MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, solicito procederem ao desconto de

R\$ _____ (_____) no(s) mês(es) de _____, na forma de desconto com que vem sendo efetuada minha Contribuição Normal.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura

Preencha o formulário, imprima, assine e encaminhe para a MUTUOPREV