



Fundação COELCE de Seguridade Social

Av. Barão de Studart, 2700
Dionísio Torres - Fortaleza-CE - 60120-002
Telefone: 4526544 Fax: 4526550

Para uso da FAELCE

Data de Recebimento:

____/____/____

SOLICITAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA (FACULTATIVA)

Ilmo Sr.
Presidente da FAELCE
Nesta

Dados do Participante:

Nome: _____

Matrícula: _____

De acordo que o que dispõe o art. 39 do Regulamento do Plano Faelce-CD, autorizo que seja descontado mensalmente dos meus proventos o valor abaixo especificado, para que seja creditado, a título de contribuição voluntária, na minha Provisão Matemática Programada de Benefícios a Conceder - Subconta Participante do Plano Faelce-CD.

Valor da Contribuição: R\$ _____ (_____)
_____)

Prazo de Contribuição:

Prazo Indeterminado

Prazo Definido por ____ meses

Declaro ter ciência que:

- A contribuição ora solicitada não terá contrapartida obrigatória do patrocinador.
- O desconto da contribuição está condicionado à margem consignável de minha remuneração.
- O valor da contribuição espontânea **não** poderá ser resgatado total ou parcialmente, devendo obedecer ao disposto no art. 20 do Regulamento do Plano de Benefícios.

_____, ____ de _____ de _____
(cidade)

ASSINATURA DA PARTICIPANTE