

REQUERIMENTO DE AUTOPATROCINADO

Plano I - 01 de 02

PARTICIPANTE:

CPF:	RG:	ESTADO CIVIL:	SEXO:
DATA DE NASC.:	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DA DEMISSÃO:	<input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.:
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:
E-MAIL:			TELEFONE:
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA* SIM NÃO

*Pessoa politicamente exposta é aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

FORMA DE PAGAMENTO: Boleto por e-mail
(dados acima) Débito em conta
(dados Itaú)

Agência:

Conta Corrente:

REQUERIMENTO DE AUTOPATROCINADO

Plano I - 02 de 02

Eu, na qualidade de contribuinte da CargillPrev – Sociedade de Previdência Complementar, considerando o encerramento do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, venho, por meio desta, solicitar minha permanência no plano na condição de contribuinte autopatrocinado.

Declaro estar de acordo em assumir integralmente as contribuições, conforme valores abaixo discriminados, correspondentes ao mínimo obrigatório acrescido da contribuição mensal prevista em Regulamento, podendo ainda optar pela realização de contribuição adicional de até 10% do SRB.

Estou ciente de que sobre as contribuições incidirá taxa administrativa de 0,5% ao ano (equivalente a 0,04167% ao mês), a qual será descontada mensalmente do patrimônio total (Conta de Participante e de Patrocinadora).

Declaro, ainda, estar ciente de que poderei alterar o valor da minha contribuição a qualquer momento por meio do site da CargillPrev.

As contribuições serão realizadas por meio de boleto bancário, encaminhado para o e-mail informado, ou por débito automático (disponível para clientes do Banco Itaú), conforme opção previamente indicada, com vencimento no último dia útil de cada mês.

Por fim, concordo em efetuar o pagamento retroativo das contribuições referentes ao período que permaneceu em aberto.

CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA OBRIGATÓRIA BD

4,33%

Faixas	Base salarial	% contribuição	Informar o % de contribuição*
1	Até R\$ 7.809,60	0,10% a 5,00%	
2	De R\$ 7.809,61 até R\$ 27.333,60	0,10% a 12,00%	
3	Acima de R\$ R\$ 27.333,61	0,10% a 7,50%	

REQUISITOS EXIGIDOS:

- a) Ter o término do vínculo empregatício com a Patrocinadora.
- b) Não ser elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal pela CargillPrev.
- c) Não optar pelo Resgate de contribuições e nem pela Portabilidade.
- d) A opção pelo Autopatrocínio não impede a posterior opção pelo BPD, Resgate ou Portabilidade.

Dia, de, de

Assinatura do Participante

Requerimento de Autopatrocinado

Atualizado em maio/2026

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065
WhatsApp: (11) 5039-1628
cargillprev_spom@cargill.comAv. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br