|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SUSPENSÃO E RETORNO DE CONTRIBUIÇÕES**PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV2011.0004-83 |  |
| 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      |

 |
| Conforme previsto no Regulamento do **Plano de Aposentadoria AcricelPrev** no artigo 18 do Capítulo IV,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. A suspensão da Contribuição Adicional de Risco implicará na interrupção da cobertura do seguro por morte e invalidez.Diante do exposto, solicito:(  ) Suspender as contribuições abaixo assinaladas. (  ) Retomar as contribuições abaixo assinaladasa partir de   /  /   **[ ]  Normal** |
| **[ ]  Adicional de Risco**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e data Assinatura do Participante Assinatura e carimbo do Representante  (Firma Reconhecida por Autenticidade)\* Outorgado do Plano de Benefícios**\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.** |

1ª via MultiBRA / 2ª via Instituidor / 3º via Participante