

## I. DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão/UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pessoa Politicamente exposta (\*): Sim ( ) Não ( )

Especificar cargo/função ocupada \_\_\_\_\_

## II. SUSPENSÃO DE BENEFÍCIO MENSAL

**Situação do Assistido no Plano (assinalar uma das opções abaixo):**

**1. ( ) Assistido recebendo Renda Mensal de Aposentadoria Programada:**

Solicito a interrupção do recebimento do meu benefício de renda mensal continuada pelo Plano Embraer Prev, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de início de suspensão) a \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de término de suspensão), conforme previsto no artigo 34, parágrafo 5º, do Regulamento.

**2. ( ) Assistido recebendo Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez:**

Solicito a interrupção do recebimento do meu benefício de renda mensal continuada pelo Plano Embraer Prev, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de início de suspensão) a \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de término de suspensão), conforme previsto no artigo 36, parágrafo 10º, do Regulamento.

**3. ( ) Assistido recebendo Renda Mensal de Pensão por Morte de Participante:**

Solicito a interrupção do recebimento do meu benefício de renda mensal continuada pelo Plano Embraer Prev, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de início de suspensão) a \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano de término de suspensão), conforme previsto no artigo 38, parágrafo 4º, do Regulamento.

## III. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Preencher, datar e assinar o Termo de Suspensão de Benefício Mensal, enviando-o para a EMBRAER PREV, no endereço que consta no rodapé deste formulário.

Dúvidas quanto ao preenchimento do formulário ou entrega dos documentos poderão ser esclarecidas por meio do Canal Fale Conosco: atendimento@embraerprev.com.br.

## IV. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a EMBRAER PREV poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação dos dados informados.

Declaro estar ciente de que, para todos os efeitos, só será suspenso o pagamento do Benefício Mensal a partir da homologação pela Entidade desse requerimento.

Declaro também que tenho ciência de que, o recebimento do benefício mensal poderá ser reiniciado antes do prazo aqui solicitado. Caso tenha interesse, deverei preencher o formulário específico que contenha a referida solicitação.

## V. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

### Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Recebido por

\_\_\_\_\_  
Assinatura da EMBRAER PREV