

**I. DADOS DO PARTICIPANTE**

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

RG: \_\_\_\_\_ Órgão/UF: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cônjuge: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Ocupação Profissional: \_\_\_\_\_

Salário de Participação (mensal): R\$ \_\_\_\_\_

Chapa: \_\_\_\_\_

**II. SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO**

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

**I. (    ) Ativo ou Autopatrocinado não enquadrado no item II abaixo;**

Solicito a interrupção do recolhimento das minhas contribuições para o Plano Embraer Prev, no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mês/ano de início de suspensão) a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mês/ano de término de suspensão), observando-se os prazos variáveis de 6 a 12 meses, conforme previsto no artigo 50, parágrafo 1º, do Regulamento.

CARÊNCIA:

Para a primeira interrupção: mínimo de 6 (seis) meses de contribuições normais ao Plano.

A partir da segunda interrupção: 24 (vinte e quatro) meses de contribuições normais realizadas ao Plano, contadas da interrupção imediatamente anterior.

**II. (    ) Autopatrocinado em gozo de aposentadoria por invalidez, auxílio-doença, auxílio-reclusão ou salário maternidade pela Previdência Social.**

Solicito a interrupção do recolhimento das minhas contribuições para o Plano Embraer Prev, no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mês/ano de início de suspensão) a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mês/ano de término de suspensão), observando-se os prazos variáveis de 6 a 24 meses, conforme previsto no art. 50, parágrafo 3º, do Regulamento.

CARÊNCIA:

Não existe carência para a interrupção das contribuições.

### III. DECLARAÇÃO

Declaro estar em dia com a minha obrigação para com o Plano Embraer Prev realizando regularmente a contribuição normal devida para o Plano.

Declaro ter conhecimento de que no período de interrupção haverá a suspensão das contribuições realizadas pela Patrocinadora.

Estou ciente de que não havendo o reinício das contribuições pessoais até o final do prazo acima indicado, haverá o retorno automático das minhas contribuições normais, nos mesmos percentuais adotados anteriormente, independente de autorização formal. Caso seja Participante Autopatrocinado, em que o retorno automático das contribuições não seja possível, após trâmites formais de cobrança e não havendo o retorno das contribuições, terei presumida a opção pelo Benefício Proporcional Diferido. Na impossibilidade de tal presunção, perderei a qualidade de Participante do Plano Embraer Prev.

### IV. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido, datado, assinado e enviado para a EMBRAER PREV.

### 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