

CNPB

PATROCINADORA

1996.0037-47

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

1. Nome Completo do Participante (sem abreviações):

2. Matrícula na Patrocinadora:

3. CPF:

4. Telefone Celular:

5. Unidade:

6. E-mail:

7. Suspensão de Contribuição Normal:

Período de suspensão: / / a / /

Situação do Participante

- ATIVO (Artigo 57)
- AUXÍLIO-DOENÇA
- LICENÇA SAÚDE APOSENTADO
- LICENÇA MATERNIDADE - ADOÇÃO
- LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO
- LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO - Treinamento - Processo Seletivo
- SUB JUDICE

Solicito a **suspensão** de minhas contribuições ao Plano Sarahprev, conforme período acima, e declaro que esta decisão é tomada de livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que, durante o período de suspensão das contribuições para o Plano, meus direitos e obrigações previstos em Regulamento serão interrompidos - inclusive em caso de morte, invalidez ou em relação aos meus beneficiários.

Em caráter de exceção, **no caso de estar em gozo de benefício de auxílio-doença, os direitos serão mantidos.**

8. Declaração:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, estando ciente de que o Sarah Previdência poderá, a qualquer momento, exigir prova dos dados prestados.

Local**Data****Assinatura do Participante**

, de de 20

Vigência: janeiro/2025