

**1. CNPB**

1996.0037-47

**2. PATROCINADORA**

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

**3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)****4. Matrícula na Patrocinadora:****5. Data de Nascimento:**

/ /

**6. CPF:****7. E-mail:****8. Endereço completo (logradouro, complemento):****9. Bairro:****10. Cidade:****11. CEP:****12. UF:****13. Telefone(s) para contato:****14. Unidade:****15. Solicitação:**Solicito o cancelamento de minha inscrição no Plano de Benefícios **SarahPrev**, nos termos do

Regulamento, a partir de

/ /

Declaro estar ciente de que o cancelamento ora solicitado resulta no término e cessação de meus direitos e obrigações frente ao Plano e que só terei direito ao resgate da Reserva Individual de Poupança.

Declaro ter conhecimento de que o pagamento do resgate da Reserva Individual de Poupança somente se efetivará após a cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora.

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

, de de 20

Vigência: Maio / 2025