

1. CNPB

1996.0037-47

2. PATROCINADORA

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)**4. Matrícula na Patrocinadora:****5. CPF:****6. E-mail:****7. Endereço completo (logradouro, complemento):****8. Bairro:****9. Cidade:****10. CEP:****11. UF:****12. Telefone(s) para contato:****13. (DDD) Celular:**

Solicito a manutenção de minha inscrição, na condição de autopatrocinado, assumindo as contribuições pessoais e patronais para o Plano de Benefícios **SarahPrev**.

13. Motivo:

Perda salarial a partir de:

/ /

Salário antes da perda:

Salário após a perda:

Licença sem remuneração:

/ /

Término:

/ /

14. Forma de Recolhimento:

☐ Autorizo a emissão de boleto bancário em meu nome, com envio para o e-mail especificado no item 6 e a disponibilização de boleto bancário em meu nome no site do Sarah Previdência, para que eu possa imprimir e efetuar o pagamento.

15. 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: Maio / 2025