	<b>PREVIDÊNCIA BRB</b>	FO-Previdência BRB-090 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -02 Requerimento de Suspensão de Contribuição	Área de Previdência

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

<b>Matrícula:</b>	<b>Nome:</b>		
<b>Endereço:</b>			<b>Nº</b>
<b>Complemento:</b>		<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>UF:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Telefone:</b>		<b>Celular:</b>	
<b>E-mail particular:</b>			

### 2. REQUERIMENTO

O requerente acima identificado vem requerer a suspensão de sua contribuição normal ao Plano de Benefícios, pelo período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conforme disposto no Regulamento do Plano de Benefícios CD-02, administrado pela Previdência BRB.

O requerente declara estar ciente que a suspensão do seu contrato de trabalho com a Patrocinadora não será entendida como cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios, ficando mantida a autorização do tratamento dos seus dados pessoais pela Previdência BRB durante o período da suspensão. No curso da suspensão, o requerente se compromete a manter atualizados os seus dados de cadastro perante a Previdência BRB.

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar meus dados pessoais de cadastro com o Patrocinador, abrangendo a minha qualificação e as informações mínimas exigidas pelo regulamento do Plano de Benefícios, pela legislação em vigor, dentre outras informações que sejam suficientes para estabelecer as contribuições pessoais e aquelas que seriam encargo do Patrocinador e que incidirão sobre o meu salário de contribuição. Autorizo, ainda, o Patrocinador a compartilhar os meus dados pessoais e financeiros com a Previdência BRB, bem como outras informações mínimas exigidas pela legislação em vigor. Estou ciente e autorizo a Previdência BRB realizar análises no meu cadastro, inclusive de risco de crédito.


Estou ciente que meus dados pessoais e informações serão armazenados enquanto perdurar a relação com o Plano de Benefícios e/ou com a Previdência BRB. Em caso de cancelamento da minha inscrição no Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações serão armazenados pela Previdência BRB enquanto necessário para atender aos prazos legais ou regulatórios.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e/ou ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Sim       Não

### 3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, ____ de ____ de ____	_____
	Assinatura do requerente

	<b>PREVIDÊNCIA BRB</b>	FO-Previdência BRB-090 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -02 Requerimento de Suspensão de Contribuição	Área de Previdência

4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB	
<p>Para uso da Diretoria:</p> <p><input type="radio"/> Autorizado</p> <p><input type="radio"/> Não autorizado</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência</p>	<p><b>Favor proceder conforme solicitação do Participante.</b></p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo da Área de Previdência</p>