

▶ **TERMO - SUSPENSÃO - VOCÊPREV**

Nome do Participante:

Nº de Matrícula no Plano VocêPrev:

CPF:

PARTICIPANTE ATIVO

PARTICIPANTE VINCULADO

• **Participante Ativo (até 6 meses a cada 12 contribuições para o Plano)**

Com base no § 2º do artigo 20 do Regulamento do Plano VocêPrev, solicito, observada a antecedência de até 30 dias, a suspensão temporária, por _____ meses consecutivos, das minhas Contribuições Básicas para o Plano, ciente que estarei obrigado a descontar do meu saldo de contas as Contribuições de Risco durante o período de suspensão, caso eu tenha optado pela Cobertura de Risco Adicional. Estou ciente que durante o período de suspensão arcarei com o custeio das despesas administrativas devidas ao VocêPrev.

• **Participante Vinculado (até 6 meses a cada 12 contribuições para o Plano)**

Com base no § 4º do artigo 20 do Regulamento do Plano VocêPrev, solicito, observada a antecedência de até 30 dias, a suspensão temporária, por _____ meses consecutivos, das minhas Contribuições Básicas para o Plano, ciente que estarei obrigado a descontar do meu saldo de contas as Contribuições de Risco durante o período de suspensão, caso eu tenha optado pela Cobertura de Risco Adicional. Estou ciente que durante o período de suspensão arcarei com o custeio das despesas administrativas devidas ao VocêPrev.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante