

Nome do Participante: _____

Inscrição na OAB/SC: _____ CPF: _____ Data de Nasc.: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Fone: _____

E-mail: _____

TERMO DE SUSPENSÃO

Solicito a suspensão da minha **contribuição básica (aposentadoria)**, por um período de _____ meses.

Caso não seja autorizado abaixo o débito da Taxa de Carregamento diretamente do saldo da Conta individual durante o período da suspensão, a mesma será cobrada utilizando a forma de pagamento utilizada pelo participante para pagamento das parcelas mensais.

Será mantida a contribuição para risco (invalidez e pensão)?

SIM NÃO

Em caso afirmativo,

Autorizo o débito dos valores referentes às parcelas de Risco, de acordo com o § 4º, Art. 58 do Regulamento do OABPrev-SC, diretamente do saldo de minha Conta Individual, enquanto perdurar esta suspensão.

Autorizo o débito dos valores referentes à Taxa de Carregamento, de acordo com o § 4º, Art. 57 do Regulamento do OABPrev-SC, diretamente do saldo de minha Conta Individual, enquanto perdurar esta suspensão.

Importante:

Conforme o Regulamento do Plano, a suspensão poderá ser realizada pelo período de até **doze (12) meses**, podendo ser renovada por períodos sucessivos, tendo como condição para a renovação o envio de um novo requerimento. A ausência da renovação da suspensão acarretará na reativação automática do plano.

Local, _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Reservado ao OABPrev-SC

Recebido em: ___/___/___ Responsável: _____