

É importante que todos os campos sejam preenchidos

\_\_\_\_\_  
NOME CPF MATRÍCULA Nº

\_\_\_\_\_  
E-MAIL TELEFONE RESIDENCIAL TELEFONE CELULAR

Solicito a reativação das minhas contribuições ao Plano de Benefícios, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, cancelando a solicitação de suspensão ativa e retornando assim, os descontos relativos às contribuições para o plano a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
MÊS/ANO

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).