

I. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: _____

RG: _____ Órgão/UF: _____ Data de Expedição: ___/___/___ CPF: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Sexo: F () M ()

Cônjuge: _____

End. Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado _____ CEP: _____

Tel. Residencial: () _____ Tel. Comercial: () _____ Tel. Celular: () _____

E-mail: _____

Pessoa Politicamente exposta (*):

Não ()

Sim () Especificar cargo/função ocupada _____

(*): vide conceito no Glossário disponível no portal da EMBRAER PREV

Ocupação Profissional: _____ Salário de Participação (mensal): _____

II. SITUAÇÃO DO PARTICIPANTE

() Ativo: possuo vínculo empregatício ou sou Dirigente da Patrocinadora – Chapa _____

() Autopatrocinado: mantenho-me vinculado ao Plano Embraer Prev tendo em vista a perda parcial ou total da remuneração recebida da Patrocinadora.

Solicito o reinício do recolhimento das minhas contribuições para o Plano de Aposentadoria Complementar, em decorrência da interrupção das contribuições por mim solicitadas para o período de ___/___ (mês/ano de início de suspensão) até ___/___ (mês/ano de término de suspensão). Para tanto, solicito que o retorno à contribuição seja efetuado a partir de ___/___ (mês/ano de retorno), considerando o percentual do meu salário de participação, conforme abaixo registrado:

A. () Salários iguais ou inferiores a 10 URP¹:

• ___% (de 1% a 3%) (_____) (por extenso) do Salário de Participação.

B. () Salários superiores a 10 URP¹:

• 3% (três por cento) do Salário de Participação sobre a parcela inferior ou igual a 10 URP¹ (fixo de 3%);

mais

• ___% (entre zero e 8%) (_____) (por extenso) do Salário de Participação sobre a parcela que exceder 10 URP¹.

¹URP - Unidade de Referência do Plano: valor equivalente a R\$ 453,80 em 01/05/2024, atualizado pela variação do INPC no mês de maio de cada ano, de acordo com o artigo 31 do Regulamento do Plano Embraer Prev.

III. DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que o valor das minhas contribuições, correspondente ao percentual do meu salário de participação, será descontado através da folha de pagamento da Patrocinadora, em caso de Participante Ativo por possuir vínculo empregatício com esta, ou por meio de boleto bancário ou débito em conta, se assim requerer, no caso de Autopatrocinado.

IV. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido, datado, assinado e enviado para a EMBRAER PREV.

V. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos ____ / ____ /20 ____ .

Recebido por:

Assinatura da EMBRAER PREV