

IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTIDO

NOME		MATRÍCULA	PATROCINADOR
CPF	E-MAIL	TELEFONE	TEL. CELULAR

Nota: O e-mail é o principal canal de comunicação da TELOS com você. Não deixe de preencher o campo do e-mail neste formulário e atualizar no seu cadastro da TELOS quando ocorrer alteração.

REQUERIMENTO

Com base na alternativa prevista no §8º do artigo 70 do Regulamento do PCV I, o Assistido acima identificado requer:

SUSPENSÃO DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO NA FORMA DE SAQUE PROGRAMADO, PELO PERÍODO DE:
_____ MESES

ATENÇÃO:

1. A suspensão do benefício só será permitida desde que não tenha contrato de empréstimo em vigor.
2. O período da suspensão do pagamento do benefício terá prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses
3. A presente suspensão poderá ser cancelada a qualquer tempo, devendo o interessado apresentar pedido formal à TELOS.
4. Se o protocolo do requerimento de **suspensão** ou de **retorno** do pagamento do benefício ocorrer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto), o mês de competência será o mês do requerimento do benefício. Se o protocolo do requerimento do benefício ocorrer entre o 16º (décimo sexto) e o último dia do mês, o mês de competência será o mês imediatamente subsequente ao do requerimento do benefício.

RETORNO DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO NA FORMA DE SAQUE PROGRAMADO

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Requerente