

	<b>PREVIDÊNCIA BRB</b>	FO-Previdência BRB-082 Revisão: 01
	Plano de Benefícios CD-Metrô-DF Requerimento de Cancelamento de Inscrição	Área de Previdência

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

<b>Matrícula:</b>		<b>Data de Cancelamento:</b>	
<b>Nome:</b>			
<b>Endereço:</b>			<b>Nº</b>
<b>Complemento:</b>		<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>UF:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Telefone:</b>		<b>E-mail particular:</b>	

### 2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, vem requerer o CANCELAMENTO de sua inscrição no Plano de Benefícios CD-Metrô-DF, em virtude de:

.....

.....

Declara estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do Plano de Benefícios CD-Metrô-DF.

O requerente declara estar ciente que encerrada a inscrição no Plano Benefícios, ou não havendo mais a necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Previdência BRB interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados, bem como as cópias porventura existentes, sejam em formato digital ou físico, podendo inclusive eliminá-los, salvo quando a Previdência BRB tenha que manter a integridade dos dados pessoais para o cumprimento de obrigação legal, regulatória, ou outra hipótese especificada na legislação brasileira.

O requerente autoriza o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e/ou ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Sim       Não

### 3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

### 4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

<b>Para uso da Diretoria:</b> <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> Não autorizado  Brasília, ____ de _____ de _____.  _____ Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência	<b>Favor proceder conforme solicitação do Participante.</b>  Brasília, ____ de _____ de _____.  _____ Assinatura/carimbo da Área de Previdência
--	--