

1. Nome completo do participante (sem abreviações):

2. Identificação única (Sigepe):

3. Órgão Patrocinador/SIGLA:

4. CPF:

5. E-mail trabalho:

6. E-mail pessoal:

7. Telefone(s) para contato:  
(DDD) – Residencial:

(DDD) – Trabalho:

(DDD) – Celular:

(DDD) – Outros:

**SELECIONE UMA DAS OPÇÕES DE CANCELAMENTO****8. Cancelamento da Parcela Adicional de Risco (PAR)**

Solicito o cancelamento da(s) cobertura(s) referente(s) à Parcela Adicional de Risco, de acordo com a opção abaixo:

 Invalidez Morte Ambos**9. Vigência:**

A vigência do cancelamento da Parcela Adicional de Risco (PAR) será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do protocolo do requerimento na Funpresp-Exe, nos termos do Regulamento do Plano ExecPrev.

Local e data:

Assinatura do participante

**10. Protocolo pela FUNPRESP-EXE: (USO EXCLUSIVO DA FUNPRESP-EXE)**

Local e Data do Protocolo:

Carimbo e Assinatura do Responsável