# SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO/EXCLUSÃO/ISENÇÃO DE SEMESTRALIDADE

**Nº MIBA**

**Nome**

**Tipo de solicitação:**

[ ] Suspensão

Informo para todos os fins que não atuo como atuário e solicito suspensão das semestralidades por quatro períodos consecutivos; ciente da necessidade de reativação do meu cadastro como MIBA caso volte a trabalhar no segmento de atuária e também caso solicite prorrogação de suspensão deverei pagar uma semestralidade para reativação dos direitos como associado conforme disposto na Resolução 08/2016 e no Estatuto do IBA.

[ ] Exclusão

Informo para todos os fins que não atuo profissionalmente como atuário, não pretendo mais trabalhar no ramo e estou ciente de que será vedada minha associação na categoria AIBA ou qualquer outra vinculada ao IBA, sem que me submeta a novo processo de inscrição conforme Art. 4º da Resolução 06/2018.

[ ] Isenção

Informo para todos os fins que completei 70 (setenta) anos de idade e estou em dia com minhas obrigações como IBA conforme disposto na Resolução 04/2007.

**Justificativa**

**­**

Além do disposto acima, declaro estar ciente das regras previstas no Código Civil, no Estatuto do IBA, no Código de Ética Profissional do Atuário e nas Resoluções supracitadas, sujeitando-me às obrigações e penalidades previstas.

Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente na forma da lei.

DATA:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ESPAÇO RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO IBA STATUS FINANCEIRO: [ ] ATIVO; [ ]  INADIMPLENTE; PEDIDO DE SUSPENSÃO: DATA DA ANÁLISE:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. [ ] 1º; [ ] 2º; RESULTADO: [ ] DEFERIDO; [ ] INDEFERIDO; OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. DATA DE DESLIGAMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL IBA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |