|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Alteração de dados cadastrais**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  2011.0004-83 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Orientações de preenchimento:**   1. **Informações cadastrais:** preencher nome completo, matrícula no Plano, CPF e os campos a serem alterados**.** 2. **Beneficiários:** a indicação neste formulário SUBSTITUI todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Caso não haja preenchimento, beneficiários indicados anteriormente serão excluídos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituidor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Matrícula no Plano | | | | | | |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento    /  / | | | | | | |
| Sexo  F  M | Estado Civil do Participante  Solteiro Casado Viúvo  Divorciado Convivência Marital Separado | | | | | | | | | | | | | | | | Naturalidade (Cidade) | | | | | | | | | UF |
| **INFORMAÇOES FISCAIS - FATCA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 – Possui nacionalidade diferente de brasileira?  Sim  Não  2 – Possui alguma residência fiscal além de brasileira?  Sim  Não  3 – Possui visto de residência permanente válido em outros países, como por exemplo, Green Card?  Sim  Não  Em caso afirmativo em qualquer opção acima, preencher os campos a seguir:  No campo “referência”, assinale 1 para informações relativas à nacionalidade, 2 para informações relativas à Residência Fiscal e 3 para informações relativas ao visto de residência permanente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ref | | | País | | | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | | | | | | | | | | | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | | | | | | | | |
| Nº de Identificação fiscal | | | | | |
| Ref | | País | | | | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | | | | | | | | | | | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | | | | | | | | |
| Nº de Identificação fiscal | | | | | |
| Renunciou/Abdicou a nacionalidade? (Necessária a apresentação de documentação comprobatória)  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em caso afirmativo, de quais países houve a renúncia/abdicação? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que sou o titular de todos os valores e investimentos movimentados ou detidos por intermédio desta conta/contrato (ou sou o representante legal autorizado a assinar pelo titular) e que são verdadeiras e completas as informações por mim prestadas e constantes neste formulário, devendo manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere, no prazo de 10 dias, ou quando solicitado por esta Instituição. Autorizo o compartilhamento das informações constantes neste formulário (ou contrato) e nos demais acerca de alteração cadastral, bem como os dados financeiros relativos às minhas contas, meus investimentos, meu(s) produto(s) de previdência, seguros e consórcios com as empresas da Organização Bradesco para reporte às fontes pagadoras de rendimentos ou aos depositários centrais ou agentes escrituradores de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição de nascimento, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEP | | | | | Endereço (Logradouro) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número | |
| Complemento | | | | | País | | UF | | | Município | | | | | | | | | Bairro | | | | | | | |
| Telefone Comercial  (  ) | | | | | Telefone Celular  (  ) | | | | Telefone Residencial  (  ) | | | | | | | E-mail | | | | | | | | | | |
| Natureza (RG, CNH…) | | | | | Número do Documento | | | | Órgão Expedidor/UF | | | | | | | Data de Expedição    /  / | | | | | | CPF | | | | |
| Nome Completo da Mãe (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | Nome do Pai (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo Cônjuge / Companheiro(a) (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | | | Data de Admissão    /  / | | | Ocupação Profissional | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - PPE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Com a finalidade de atender às determinações da instrução PREVIC Nº 18 de 24/12/2014, torna-se necessário o preenchimento das informações complementares abaixo, no momento da inscrição do Plano. O preenchimento incorreto implicará na devolução da proposta de inscrição. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante?**   Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do cargo ou função | | | | | Data Início Exercício    /  / | | | Data Fim Exercício    /  / | | | | | | Empresa/Órgão Público | | | | | | | | | CNPJ | | | |
| **Possui relacionamento / ligação com Agente Público?**  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Agente Público, seu representante ou pessoa de seu relacionamento. | | | | | | | CPF | | | | | | | Nome do cargo ou função | | | | | | | | Tipo de relacionamento ou função | | | | |
| 1 – De acordo com o art 3º da Instrução PREVIC Nº 18, de 18/12/2014, consideram-se Pessoas Politicamente Expostas:  I – Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivos e Legislativos da União;  II – Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;  III – Os membros do Conselho Nacional de Justiça do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;  IV – Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador Geral da República, o Vice-Procurador Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais da Justiça dos Estados e do Distrito Federal;  V – Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;  VI – Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e  VII – Os prefeitos e presidentes das Câmaras Municipais das Capitais de Estado.  2 – Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras: São aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro, por exemplo: chefes de Estado e do Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas dirigentes de partidos políticos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes neste formulário e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beneficiários:** O Participante ou Assistido deverá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s) para recebimento da Pensão por Morte, decorrente de seu falecimento. A inscrição do Beneficiário no Plano é requisito indispensável à obtenção de qualquer benefício assegurado por este Regulamento. O Participante ou Assistido poderá alterar o rol de Beneficiários a qualquer momento, mediante requerimento à Entidade de Previdência Gestora. Para efeito de reconhecimento da inscrição do Beneficiário, será considerada a última declaração prestada pelo Participante ou Assistido. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | Sexo | | Data de Nascimento | | | | % Pensão por Morte | | | | Parentesco\* | | | | | Situação\*\* |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |
| \*Parentesco: 1 – Cônjuge 2 – Companheiro(a) 3 – Filho(a) 4 – Enteado(a) 5 – Pai/Mãe  \*\*Situação: 1 – Válido 2 – Inválido 3 – Universitário 4 - Menor  Será obrigatório o envio de cópia dos documentos pessoais de RG e CPF dos Beneficiários relacionados no quadro acima. A ausência destes documentos acarretará em recusa do formulário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Designados:** São Designados as pessoas inscritas pelo Participante na Entidade que, em caso de falecimento de Participante e na hipótese de falecimento de todos os Beneficiários, receberão em parcela única o saldo remanescente da Conta de Participante conforme previsto no Regulamento do Plano.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nome | Sexo | Data de Nascimento | Parentesco\* | Situação\*\* | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   Será obrigatório o envio de cópia dos documentos pessoais de RG e CPF dos Designados relacionados no quadro acima. A ausência destes documentos acarretará em recusa do formulário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indicação de Idade Elegível para Aposentadoria Normal**  Indico a idade de       anos, na qual serei elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal, ciente que poderei alterar a idade apenas uma vez por ano. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATENÇÃO! Estas indicações de Beneficiários/Designados SUBSTITUEM todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Caso não haja preenchimento, beneficiários indicados anteriormente serão excluídos.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaração do participante**  Responsabilizo-me por todos os dados declarados neste formulário de Alteração de Dados Cadastrais, com intuito de atualização do meu cadastro no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev** administrado pelo **MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo**.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura do Participante Assinatura e carimbo do Representante  (Firma Reconhecida por Autenticidade)\* Outorgado do Plano de Benefícios  **\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* A área de Recursos Humanos de sua Empresa irá abonar sua assinatura e remeter 01 via deste formulário para o MultiBRA.
* Para Participantes Desligados, favor encaminhar uma via deste documento assinado para:

MultiBRA Instituidor - Fundo Múltiplo – Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 805, Bloco 1, Ala 1 CEP 81630-010 - Curitiba/PR – Bairro Hauer

Central de Atendimento: 4004-5926 (Capitais e regiões metropolitanas) / 0800-723-5926 (Demais localidades)