|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALTERAÇÃO de PERFIL DE INVESTIMENTO**PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV2011.0004-83 |  |
| Instituidor      | Matricula no Plano      |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações)      | CPF      |
| CEP      | Endereço (Logradouro)      | Número      |
| Complemento      | País      | UF   | Município      | Bairro      |
| Telefone Comercial(  )       | Telefone Celular(  )       | Telefone Residencial(  )       | E-mail      |

 |
| Declaro, para fins de participação no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, ter pleno conhecimento das normas estatutárias e regulamentares aplicáveis e, de acordo com o Regulamento do Plano, formalizo, por minha conta e risco e sob a minha exclusiva responsabilidade, a minha escolha de Perfil de Investimento para aplicação dos recursos de minha **Conta de Participante**, conforme opção abaixo:**[ ]  CONSERVADORA FIX [ ]  CONSERVADORA RF [ ]  MODERADA MIX 15 [ ]  ARROJADA MIX 30** Declaro ainda, estar ciente dos riscos a que estão expostos os investimentos realizados através de renda fixa e renda variável.Ter recebido do Instituidor/Sociedade a Política de Investimentos das Carteiras do Plano contendo informações necessárias sobre os perfis de Investimentos que serviram de base para a escolha da Carteira que atende às características e necessidades de alocação dos recursos a mim pertinentes.Estar ciente que a opção por uma das Carteiras de Investimento só poderá ser alterada nos meses de **Janeiro, Maio e Setembro** de cada ano, sendo que a Entidade deverá recepcionar o formulário próprio para **alteração**, devidamente preenchido, até o 15º dia do mês em referência. Caso o formulário seja recepcionado pela Entidade após o referido prazo, este será desconsiderado. A opção será implantada a partir do mês subsequente, e não havendo manifestação do Participante e Assistido, seus recursos serão mantidos na última carteira de investimento escolhida.Estar ciente que os riscos financeiros envolvidos e rentabilidade obtida no passado não representam garantia de resultados futuros. O plano não conta com quaisquer garantias para cobertura de possíveis perdas ocorridas na Carteira escolhida.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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.** |

1ª via MultiBRA / 2ª via Instituidor / 3º via Participante