|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAncelamento do plano****(SEM TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO)**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      |

 |
| Ao **MultiBRA Instituidor - Fundo Múltiplo.**Venho formalizar meu cancelamento de inscrição do **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, declarando que esta decisão é tomada de livre e espontânea vontade. Uma vez que o meu cancelamento de inscrição se refere somente ao Plano de Benefícios instituído pelo Instituidor, e não da Associação da qual sou associado, declaro ter conhecimento que, de acordo com o disposto no Regulamento do **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, só terei direito a movimentar quaisquer contribuições nas situações previstas no Regulamento do referido Plano.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 Legal do Plano de Benefícios.** |

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