|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **CAncelamento do plano**  **(SEM TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO)**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  2011.0004-83 | |  |
| 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