|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALTERAÇãO DE REcEbIMENTO DO BENEFÍCIo**PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREVCNPB Nº 2011.0004-83  |  |
| Instituidor      | Matrícula no Plano      |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações)      | CPF Nº      |
| CEP      | Endereço (Logradouro)      | Número      |
| Complemento      | País      | UF   | Município      | Bairro      |
| Telefone Comercial(  )       | Telefone Celular(  )       | Telefone Residencial(  )       | E-mail      |
| Benefício      | Forma de Recebimento do Benefício      |
| De acordo com o Regulamento do **Plano de Aposentadoria ACRICELPREV,** instituído pelo Instituidor, solicito a alteração da forma de recebimento do meu Benefício, passando a vigorar a forma assinalada abaixo:[ ]  **Renda Mensal por Percentual:** determinada a cada mês pela aplicação do percentual de      % (até 3,5%) incidente sobre o saldo da Conta de Participante.[ ]  **Renda Mensal de Valor Constante**: de valor monetário fixo de R$      , limitado a 3,5% do saldo de Conta de Participante.A partir da concessão do Benefício, o Participante/Beneficiário poderá optar pelo recebimento de:[ ]  Adiantamento do valor de R$       a ser creditado na minha conta corrente no mês de      /      .[ ]  Adiantamento do valor de R$       a ser creditado na minha conta corrente no período de      /      até      /     .[ ]  Adiantamento equivalente a      % do meu saldo de conta a ser creditado na minha conta corrente no mês de      /      .[ ]  Adiantamento equivalente a      % do meu saldo de conta a ser creditado na minha conta corrente no período de      /      até      /     .Mediante requerimento dirigido ao MultiBra Instituidor, a qualquer momento o Assistido poderá alterar o percentual da renda mensal e, no mês de dezembro, o valor monetário fixo (no caso de renda mensal de valor constante). |
| **Dados para Crédito Bancário (Somente Conta Corrente)** |
| Nome do Correntista      | CPF Nº      |
| Nome do Banco      | Código do Banco      | Nome da Agência      | Código da Agência      |
| Número da Conta      | Cidade da Agência      | Estado      |
| **Declaração do Participante**Na qualidade de **Participante/Beneficiário** do **Plano de Aposentadoria ACRICELPREV** instituído pelo Instituidor, através de adesão ao **MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo**, vem requerer a alteração na forma de recebimento do Benefício, a ser calculado conforme estabelecido no Regulamento do Plano de Aposentadoria **ACRICELPREV**, do qual declaro plena ciência.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local e data Assinatura do Participante (Firma Reconhecida) **\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.** |
| **Declaração do Instituidor**Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas à vista dos originais dos documentos comprobatórios e dos demais elementos das informações apresentadas.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local e data Assinatura e carimbo do Representante Outorgado do Plano de Benefícios |

Encaminhar uma via deste documento assinado para: **MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo**

Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 805, Bloco 1 Ala 1 / Vila Hauer – Curitiba / PR – CEP 81.630-010

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