|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **ALTERAÇãO DE REcEbIMENTO DO BENEFÍCIo**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  CNPB 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)