

**Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios
Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83**

Instituidor				Matrícula	
Nome Completo do Participante (sem abreviações)				Data de Nascimento	
Data de Admissão	Situação da Admissão <input type="checkbox"/> 1ª Admissão <input type="checkbox"/> Readmissão	Estado Civil do Participante	Sexo	Naturalidade (cidade)	UF

Informações Fiscais FATCA

Nome Completo (Sem Abreviações)	CPF/MF ou NIF
---------------------------------	---------------

Documento Identificação

Tipo	Nº do Documento	Data de Emissão	Data de Validade	País Emissor
Data de Nascimento	País de Nascimento	Local de Nascimento	Nacionalidade	

- 1 - Possui alguma nacionalidade além da declarada? Sim Não
 2 - Possui alguma residência fiscal diferente da brasileira? Sim Não
 3 - Possui visto de residência permanente válido em outros países, como por exemplo Green Card? Sim Não
 Em caso afirmativo à qualquer opção acima e/ou em caso de nascimento ou nacionalidade em país estrangeiro, preencher os campos abaixo:

No campo “referência”, assinale **1** para informações relativas ao país de nascimento, **2** para informações relativas à nacionalidade, **3** para informações relativas à residência fiscal e **4** para informações relativas ao visto de residência permanente.

Ref. País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF.
Nº de Identificação Fiscal/NIF		<input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Ref. País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF.
Nº de Identificação Fiscal/NIF		<input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Ref. País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF.
Nº de Identificação Fiscal/NIF		<input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Ref. País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF.
Nº de Identificação Fiscal/NIF		<input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.

Renunciou/Abdicou a nacionalidade? (Necessária a apresentação de documentação comprobatória) Sim Não

Em caso afirmativo, de quais países houve a renúncia/abdicação?

Nota: Em caso de renúncia/abdicação, apresentou a documentação comprobatória? Sim Não

Cliente

Declaro que sou o titular de todos os valores e investimentos movimentados ou detidos por intermédio desta conta/contrato (ou sou o representante legal autorizado a assinar pelo titular) e que são verdadeiras e completas as informações por mim prestadas e constantes neste formulário, devendo manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere, no prazo de 10 dias, ou quando solicitado por esta Instituição. Autorizo o compartilhamento das informações constantes neste formulário (ou contrato) e nos demais acerca de alteração cadastral, bem como os dados financeiros relativos às minhas contas, meus investimentos, meu(s) produto(s) de previdência, seguros e consórcios com as empresas da Organização Bradesco para reporte às fontes pagadoras de rendimentos ou

Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83

aos depositários centrais ou agentes escrituradores de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição de nascimento, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente.

Local: _____ Data: _____
Cliente _____

CEP	Endereço (Logradouro)			Número	Complemento
País	UF	Município		Bairro	
DDD Tel. Comercial	DDD Tel. Celular	DDD Tel. Residencial		E-mail	
Natureza (RG, CNH..)	Número do Documento	Órgão Expedidor/UF	Data de Expedição	CPF/MF	
Nome Completo da Mãe (sem abreviações)			Nome do Pai (sem abreviações)		
Nome Completo Cônjuge / Companheiro(a) (sem abreviações)			Ocupação Profissional		

Informações Complementares - Pessoas Politicamente Expostas

Com a finalidade de atender as determinações da Instrução PREVIC Nº 18 de 24/12/2014, torna-se necessário o preenchimento das informações complementares abaixo, no momento da inscrição ao Plano. O preenchimento incorreto implicará na devolução da proposta de inscrição.

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? Sim Não

Nome do Cargo ou Função	Data Início Exercício	Data Fim Exercício
Empresa/Órgão Público	CNPJ/MF	

Possui relacionamento / ligação com Agente Público? Sim Não

Nome do Agente Público, seu representante ou pessoa de seu relacionamento.	CPF/MF
Nome do Cargo ou Função	Tipo de Relacionamento ou Função

1 - De acordo com o art. 3º da Instrução PREVIC Nº 18, de 18/12/2014, consideram-se Pessoas Politicamente Expostas:

I - Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;

III - Os membros do Conselho Nacional de Justiça do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice - Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V - Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e

VII - Os prefeitos e presidentes das Câmaras Municipais das Capitais de Estado.

2 - Pessoas Politicamente Expostas estrangeiras: São aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro, por exemplo: chefes de Estado e do Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

**Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios
Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83**

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes neste formulário e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere.

Beneficiário: O Participante ou Assistido deverá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s) para recebimento da Pensão por Morte, decorrente de seu falecimento. A inscrição do Beneficiário no Plano é requisito indispensável à obtenção de qualquer benefício assegurado por este Regulamento. O Participante ou Assistido poderá alterar o rol de Beneficiários a qualquer momento, mediante requerimento à Entidade de Previdência Gestora. Para efeito de reconhecimento da inscrição do Beneficiário, será considerada a última declaração prestada pelo Participante ou Assistido.

Nome	Sexo	Data Nascimento	% Pensão Por Morte	Parentesco*	Situação**
*Parentesco 1 - Cônjuge / 2 - Companheiro(a) / 3 - Filho(a) 4 - Enteadado(a) / 5 - Pai/Mãe			**Situação 1 - Válido / 2 - Inválido / 3 - Universitário / 4 - Menor		

Designados: São Designados as pessoas inscritas pelo Participante na Entidade que, em caso de falecimento de Participante e na hipótese de falecimento de todos os Beneficiários, receberão em parcela única o saldo remanescente da Conta de Participante conforme previsto no Regulamento do Plano.

Nome	Sexo	Data Nascimento	Parentesco*	Situação**

Será obrigatório o envio de cópia dos documentos pessoais de RG e CPF dos Beneficiários/Designados relacionados. A ausência destes documentos acarretará em recusa da indicação dos Beneficiários/Designados.

Indicação de Idade Elegível para Aposentadoria Normal

Indico a idade de _____ anos, na qual serei elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal, ciente que poderei alterar a idade, mediante requerimento expresso dirigido ao MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo, uma vez por ano.

Opção de Contribuição do Participante

Declaro, para fins de participação no **Plano de Aposentadoria AcrichelPrev**, ter pleno conhecimento das normas estatutárias e regulamentares aplicáveis e, de acordo com o Regulamento do Plano, solicito ao MultiBRA Instituidor - Fundo Múltiplo:

Tipo de Contribuição	Vlr. Desejado	Definição
<input type="checkbox"/> Normal	R\$	Facultativa, de periodicidade mensal, de valor livremente escolhido, observado o mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais). O valor mínimo da Contribuição Normal será atualizado anualmente, a partir de dezembro de 2015, de acordo com a variação do INPC/IBGE.
<input type="checkbox"/> Extraordinária	R\$	Facultativa, de valor livremente escolhido.
<input type="checkbox"/> Adicional de Risco	R\$	Facultativa, no valor que vier a ser definido pelo Participante e Assistido junto à sociedade seguradora, se for o caso.

**Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios
Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83**

Opção de Investimento do Participante

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:

Conservador FIX **Conservador RF** **Moderado MIX 15** **Arrojado MIX 30**

Declaro 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.

Estou 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.

Opção pelo Regime de Tributação (a opção tem caráter definitivo e irretratável)

Na qualidade de Participante do **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, instituído pelo Instituidor mencionado acima, exerço, neste ato, a opção expressa abaixo, referente ao **Regime Tributário instituído pela Lei 11.053 de 29 de dezembro de 2004**.

Opção pelo **Regime de Tributação Progressivo e/ou Tabela Progressiva*** do Imposto de Renda, ciente de que esta opção é irretratável.

* No momento do resgate, a incidência de IR na fonte ocorre, de forma antecipada, na alíquota única de 15%. E no recebimento do benefício de aposentadoria, proposto pelo seu plano, conforme a Tabela Progressiva do IR (atualmente 0%, 7,5%, 15%, 22,5% ou 27,5%). O IR retido na fonte através deste regime de tributação, deve ser lançado na Declaração de Ajuste Anual de IR, podendo resultar em restituição de imposto ou imposto a pagar.

Opção pelo **Regime de Tributação Regressivo e/ou Tabela Regressiva****, do Imposto de Renda, ciente de que esta opção é irretratável.

** Ao longo do tempo, as alíquotas do IR na fonte diminuem, começando em 35%, com redução de 5% a cada 2 anos, até atingir 10% para prazos acima de 10 anos. O IR retido na fonte através deste regime de tributação será definitivo.

Estou ciente que tenho até o último dia útil do mês subsequente ao de ingresso no plano para optar, que a não manifestação implicará em minha opção pela Tabela de Imposto de Renda com alíquotas progressivas.

Declaração do Participante

De posse do **Regulamento** e do **Material Explicativo do Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, declaro ter lido e compreendido os referidos documentos, estando ciente e concordando com todos seus termos e condições, bem como com todos os direitos, obrigações e responsabilidades previstos nos mesmos e, ademais, com as condições e termos da presente **Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios**.

Declaro também, estar ciente de que o **Plano de Aposentadoria AcricelPrev** é um Plano de **Contribuição Definida**, cujo benefício futuro tem seu valor determinado com base no saldo de conta acumulado em favor do participante, considerando os valores contribuídos (aportados) e o resultado de sua aplicação.

O Plano não prevê garantia de remuneração mínima para os investimentos, podendo ocorrer variações negativas, tanto no período de contribuição como no período de recebimento de benefício.

Por fim, declaro estar ciente de que minha inscrição no Plano de Benefícios dependerá da assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios e que a vigência da adesão se inicia a partir da data da assinatura desta Proposta.

Local: _____ Data: _____

Obrigatório preencher local e data da assinatura para início da vigência da Adesão ao Plano.

Assinatura do Participante

Representante do Plano

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Representante Outorgado do Plano

Representante da Entidade

 
Jorge Pohlmann Nasser Jair de Almeida Lacerda Junior
Diretor Diretor

Assinatura Representante da Entidade

Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83

Características Gerais do Plano

Admissão e Manutenção da Qualidade de Participante junto ao Plano de Previdência

Admissão: São Participantes as pessoas físicas que:

- a) na qualidade de membros ou associados do Instituidor, venham a se filiar a este Plano; ou
- b) diante do rompimento do vínculo associativo com o Instituidor, mantenham sua inscrição no Plano, nos termos e condições previstas no Regulamento.

Exclusão: Perderá a condição de Participante aquele que:

- I) o requerer;
- II) vier a falecer;
- III) desvincular-se do Instituidor, ressalvada a manutenção da inscrição no Plano, na forma deste Regulamento;
- IV) deixar de pagar as contribuições administrativas por 3 (três) meses consecutivos ou não; ou
- V) receber o saldo total da Conta de Participante.

Resumo das Contribuições

Participante

Contribuição Normal: facultativa, de periodicidade mensal, de valor livremente escolhido, observado o mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais). O valor mínimo da Contribuição Normal será atualizado anualmente, a partir de dezembro de 2015, de acordo com a variação do INPC/IBGE.

Contribuição Extraordinária: facultativa, de valor livremente escolhido.

Contribuições Adicionais de Risco: facultativa, no valor que vier a ser definido pelo Participante e Assistido junto à sociedade seguradora, se for o caso.

É facultado ao Assistido o pagamento de Contribuições Extraordinárias para incremento de suas reservas individuais.

As Contribuições Normais serão pagas pelos Participantes até o penúltimo dia útil do mês em referência. A não observância do prazo sujeitará o inadimplente à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da contribuição devida e juros de mora correspondente a 1% (um por cento) ao mês sobre o mesmo valor.

A Contribuição Extraordinária será recolhida livremente, no dia do pagamento da Contribuição Normal, incumbindo ao Participante requerer à Entidade de Previdência Gestora a emissão do respectivo boleto bancário.

É facultado ao Participante, mediante requerimento escrito dirigido ao à Entidade de Previdência Gestora, suspender por, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, a qualquer momento, o pagamento da Contribuição Normal e/ou da Contribuição Adicional de Risco, se houver.

A suspensão da Contribuição Adicional de Risco implicará na interrupção da cobertura do seguro por morte e invalidez.

Requisitos de Elegibilidade e Forma de Cálculo dos Benefícios

Benefício	Elegibilidade	Valor
Aposentadoria Normal	<p>O benefício de Aposentadoria Normal será concedido ao Participante, mediante requerimento, após completar a idade estabelecida no formulário de inscrição.</p> <p>O Participante poderá alterar a idade de elegibilidade para concessão da Aposentadoria Normal, mediante requerimento expresso dirigido à Entidade de Previdência Gestora, uma vez por ano.</p>	<p>Por ocasião do requerimento da Aposentadoria Normal, o Participante deverá escolher a forma de recebimento da renda mensal dentre as seguintes opções:</p> <p>I - Renda Mensal por Percentual: determinada a cada mês pela aplicação de percentual livremente escolhido pelo Participante, limitado a 3,5% (três vírgula cinco por cento) incidente sobre o saldo da Conta de Participante; ou</p> <p>II - Renda Mensal de Valor Constante: de valor monetário fixo, livremente escolhido pelo Participante a cada ano, limitado a 3,50% (três vírgula cinco por cento) incidente sobre o saldo da Conta de Participante.</p> <p>Se, por ocasião da concessão, ou no curso do pagamento da renda mensal, o saldo de Conta de Participante for inferior a R\$ 25.000,00, seu valor será pago à vista, em parcela única, cessando todo e qualquer compromisso da Entidade, em relação ao Participante e seus Beneficiários.</p>

**Proposta/Certificado de Inscrição ao Plano de Benefícios
Plano de Aposentadoria ACRICELPREV CNPB Nº 2011.0004-83**

Requisitos de Elegibilidade e Forma de Cálculo dos Benefícios

Benefício	Elegibilidade	Valor
Aposentadoria por Invalidez	O benefício de Aposentadoria por Invalidez será concedido, mediante requerimento, ao Participante que tenha se tornado permanentemente inválido e não esteja recebendo benefício de Aposentadoria Normal, independentemente do cumprimento de quaisquer carências.	Ocorrendo a invalidez, o Participante receberá antecipadamente o benefício de Aposentadoria Normal, como se tivesse cumprido o requisito etário, calculado e pago de acordo com o disposto na Seção antecedente.
Pensão por Morte antes da Aposentadoria	O benefício de Pensão por Morte será concedido, mediante requerimento, aos Beneficiários do Participante, em caso de falecimento.	A Pensão por Morte consistirá em uma renda mensal calculada com base no saldo da Conta de Participante, apurado na data do óbito, paga na forma prevista da Aposentadoria Normal.
Pensão por Morte após a Aposentadoria	O benefício de Pensão por Morte será concedido, mediante requerimento, aos Beneficiários do Assistido, em caso de falecimento.	Ocorrendo a morte do Assistido em gozo de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria por Invalidez, a renda mensal será convertida em Pensão por Morte, e paga aos Beneficiários até o esgotamento do saldo da Conta de Participante, ou até que este atinja o valor estabelecido no §§ 6º e 7º do artigo 25, procedendo-se nestes casos o pagamento do saldo à vista.
Benefício Proporcional Diferido	O Participante que rescindir seu vínculo associativo com o Instituidor, antes da aquisição do direito ao benefício pleno previsto neste Regulamento, poderá optar pelo Benefício Proporcional Diferido, assumindo a condição de Vinculado.	O Benefício Proporcional Diferido consiste em uma renda mensal calculada com base no saldo da Conta de Participante, a ser paga mediante requerimento, na forma do artigo 25, após cumprida a carência etária fixada para recebimento da Aposentadoria Normal.
Resgate	Em caso de cancelamento de sua inscrição no Plano, desde que não esteja em gozo dos benefícios previstos neste Regulamento e conte com 36 meses de vinculação ao Plano, no mínimo, o Participante poderá exercer a opção pelo Resgate do saldo da Conta de Participante.	O pagamento do Resgate será realizado em até 60 (sessenta) dias contados da data do protocolo da opção na Entidade de Previdência Gestora, à vista, em parcela única, ou, a critério do Participante, em até 60 (sessenta) parcelas mensais e consecutivas. A partir de 36 (trinta e seis) meses de vinculação ao Plano, é facultado ao Participante o Resgate das seguintes parcelas da Conta de Participante, sem a obrigatoriedade de seu desligamento do Plano: I) valores oriundos de portabilidade recepcionados pelo Plano; II) os valores que não sejam oriundos das contribuições normais vertidas pelo participante, tais como as contribuições e aportes esporádicos, eventuais e extraordinários; e III) até 20% (vinte por cento) do saldo da Conta de Participante a cada 2 (dois) anos. A percepção de qualquer parcela a título de Benefício de Aposentadoria Normal, Aposentadoria por Invalidez ou Pensão por Morte ou a opção pelo instituto da Portabilidade impede a opção pelo Resgate de Contribuições.
Portabilidade	Em caso de cancelamento de sua inscrição no Plano, o Participante poderá exercer a opção pela Portabilidade.	O instituto da Portabilidade consiste na transferência do saldo da Conta de Participante, calculado na data do requerimento do ACRICELPrev para outro plano de benefícios operado por entidade de previdência complementar, ou sociedade seguradora autorizada a operar planos de benefícios de caráter previdenciário.

O objetivo deste resumo é transmitir uma ideia global e sintetizada das características do Plano. Em nenhuma hipótese substitui o Estatuto da Entidade e Regulamento do Plano.