|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ALTERAÇÃO de CONTRIBUIÇÃO**  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 | | | |
| 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, solicito ao MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Tipo de Contribuição** | **Valor Desejado** | **Definição** | | **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. | | **Extraordinária** | R$ | Facultativa, de valor livremente escolhido. | | **Adicional de Risco** | R$ | 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.  Informo ainda, para os casos de **Contribuição Extraordinária**, que em cumprimento da Lei nº. 9613, de 3 de março de 1998 art. 9º e Instrução PREVIC nº. 18 de 24 de dezembro de 2014, o recurso acima é proveniente de      , devidamente comprovado através dos documentos abaixo listados:  Documentos de Comprovação de Origem dos Recursos:   1. ; 2. ; 3. .   **\*Deverá anexar cópia de RG, CPF, Comprovante de Residência e documentos que comprovem a origem do recurso.** | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura do Participante Assinatura e carimbo do Representante  (Firma Reconhecida por Autenticidade)\* Outorgado do Plano de Benefícios | | | | | | | | | | |

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