

**Alteração de dados cadastrais**

PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV

2011.0004-83

|  |
| --- |
| **Preencher nome completo, matrícula no Plano, CPF e os campos a serem alterados.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituidor | | | | | | | | | | | | | | | | | Matrícula | | |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento       /     / | | | | | CPF/MF | | |
| Data de Admissão       /     / | | | Situação da Admissão        1ªAdmissão       Readmissão | | | | | | | | | Estado Civil | | | | | | | Sexo |
| Naturalidade (cidade) | | | | UF | | Nacionalidade | | | País de Nascimento | | | | | Ocupação Profissional | | | | | |
| Documento Identificação | | | | Nº do Documento | | | | | Data Emissão | | | | Data Validade | | | | País Emissor | | |
| Número do RG | | | | Órgão Expedidor/UF        / | | | | | | Data de Expedição       /     / | | | | | |
| CEP | Endereço (Logradouro) | | | | | | | | | | | | | | Número | | | Complemento | |
| País | | | | | UF | | Município | | | | | | Bairro | | | | |  | |
| DDD Tel. Comercial  (     ) | | DDD Tel. Celular  (     ) | | | | | | DDD Tel. Residencial  (     ) | | | | | E-mail | | | | |  | |
| Nome Completo da Mãe (sem abreviações) | | | | | | | | | | | Nome do Pai (sem abreviações) | | | | | | |  | |
| Nome Completo Cônjuge / Companheiro(a) (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informações Fiscais FATCA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

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.

**Cliente**

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 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.

**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 24/12/2014, consideram-se Pessoas Politicamente Expostas:

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

II - Os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União:

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;

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.

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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Beneficiários:** 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** | **% Pensão por morte** | **Data de Nascimento** | **Parentesco\*** | **Situação\*\*** |
|  | |  |  | /     / |  |  |
|  | |  |  | /     / |  |  |
|  | |  |  | /     / |  |  |
|  | |  |  | /     / |  |  |
| **\*Parentesco: 1** – Cônjuge **2** – Companheiro(a) **3** – Filho(a)  **4** – Enteado(a) **5** – Pai/Mãe  **\*\*Situação: 1** – Válido **2** – Inválido  **3** – Universitário  **4** - Menor | | | | | | |
| **Beneficiários 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 de Nascimento** | **Parentesco\*** | **Situação\*\*** | |
|  | |  | /     / |  |  | |
|  | |  | /     / |  |  | |
|  | |  | /     / |  |  | |
|  | |  | /     / |  |  | |

**Será obrigatório o envio de cópia dos documentos pessoais de RG e CPF dos Designados relacionados no quadro acima. A ausência destes documentos acarretará em recusa do formulário.**

**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 apenas uma vez por ano.

**ATENÇÃO! Esta indicação SUBSTITUI todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Este parágrafo se aplica, inclusive, caso não haja indicação de nenhum beneficiário nos campos acima.**

**Declaração do participante**

Responsabilizo-me por todos os dados declarados neste formulário de Alteração de Dados Cadastrais, com intuito de atualização do meu cadastro no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev** administrado pelo **MultiBRA Instituidor – Fundo Multiplo.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Local e data** | **Assinatura do Participante**  (Firma Reconhecida)\* | **Assinatura e carimbo do Representante**  **Outorgado do Plano de Benefícios** |

\* Dispensado reconhecimento de firma somente quando conter assinatura e carimbo do Representante Outorgado do Plano.

* A área de Recursos Humanos de sua Empresa irá abonar sua assinatura e remeter 01 via deste formulário para o MultiBRA.
* Para Participantes Desligados, favor encaminhar uma via deste documento assinado para: MultiBRA Fundo de Pensão - Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 805, Bloco 1, Ala 1 CEP 81630-010 - Curitiba/PR – Bairro Hauer

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