

Forma de Envio

FUNDO MULTIINSTITUÍDO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – ACIPREV. Rua Primo Picoli, 232 - Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640.

Instruções de Preenchimento

1) Participante menor de idade

Menor de 16 anos: o formulário deve ser assinado pelo representante legal.

Maior de 16 e menor de 18 anos: o formulário deve ser assinado pelo participante junto com o representante legal.

Documentação necessária: cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.

2) Participantes interditados

Participante possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado pelo participante e/ou representante legal (curador ou tutor).

Participante não possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado somente pelo representante legal (curador ou tutor).

Documentação necessária:

Curador: cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Tutor: cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.

3) Participantes impossibilitados de assinar

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.

4) Procuradores

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Obs.: A opção pelo regime de tributação da Tabela Regressiva deverá ser exercida até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no plano.

Dados do Participante (Preenchimento obrigatório)

Nome Completo		
Nº Doc. de Identificação	CPF	Nº da Proposta

Formalizo por este Termo minha opção pelo regime de tributação previsto no art. 1º ou no art. 2º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004 (Regime Regressivo), ciente de que esta opção é irrevogável, não havendo qualquer possibilidade de alteração do regime tributário escolhido.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

1- Em caso Participante /beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

2- Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.