

TERMO DE ACEITE

DECLARANTE/PARTICIPANTE	
NOME COMPLETO:	
RG:	CPF:

REPRESENTANTE LEGAL (SE APLICÁVEL)	
NOME COMPLETO:	
RG:	CPF:

Eu, acima qualificado, **DECLARO**, para todos os fins de direitos, que:

1. **Li, entendi e estou de acordo** em aderir ao novo regulamento do plano da Entidade **BOTICÁRIO PREV SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA**, inscrita sob o CNPJ/MF n. 00.998.828/0001-80, da qual sou assistido e/ou pensionista, cujo inteiro teor segue anexo a este Termo e foi devidamente aprovado em 09/12/2019 pelo órgão regulador **PREVIC - Superintendência Nacional de Previdência Complementar -**.

2. Em 21/09/2020, esta Entidade me convocou para reunião, com a finalidade de apresentar as alterações do plano e que, nesta oportunidade, foram esclarecidas pela Entidade todas as minhas dúvidas em relação ao novo regulamento e suas regras.

3. Uma vez tendo aceito ao novo Regulamento, por minha livre e espontânea vontade, estarei aderente às novas regras, não cabendo, portanto, qualquer alegação posterior de desconhecimento ou direito de retorno às regras do regulamento anterior, ficando sob minha única e exclusiva responsabilidade, seja de natureza civil, criminal e/ou administrativa, quaisquer prejuízos materiais, pessoais e/ou morais, decorrentes desta escolha. Nestes casos, isentarei a Entidade de quaisquer responsabilidades nesse sentido.

4. Todos os entendimentos e ajustes mantidos anteriormente, de forma verbal ou escrita, estão integralmente traduzidos neste Termo, não restando qualquer pendência em relação ao teor deste documento.

Por fim, as Partes reconhecem a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia desta Declaração, nos termos do art. 219 do Código Civil, em formato eletrônico e assinado pelas Partes por meio de assinaturas eletrônicas digitais, nos termos do art. 10, da Medida Provisória nº 2.220-2, de 24 de agosto de 2001 ("MP nº 2.220-2"), na plataforma de Certificação previamente indicada pela Entidade. Nos termos do art. 220 do Código Civil, as Partes expressamente anuem e autorizam que, eventualmente, as assinaturas das Partes não precisam necessariamente ser apostas na mesma página de assinaturas desta Declaração.

DECLARANTE/PARTICIPANTE

REPRESENTANTE LEGAL (SE APLICÁVEL)

BOTICÁRIO PREV SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA