

## ANEXO II: TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE

### EXPOSTA (PPE)

---

Este termo deve ser preenchido por colaboradores, dirigentes e candidatos a cargos institucionais nas situações previstas no Capítulo 5, quando a pessoa avaliada não for terceiro submetido ao Questionário de Due Diligence de Terceiros (Anexo II da Política de Due Diligence de Terceiros), hipótese em que a pergunta de PPE já está incorporada àquele questionário.

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>NOME COMPLETO</b> |  |
|----------------------|--|

|            |  |
|------------|--|
| <b>CPF</b> |  |
|------------|--|

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| <b>CARGO OU RELAÇÃO<br/>COM A ABRAPA</b> |  |
|------------------------------------------|--|

#### 1. Exercício de cargo público

Você exerce ou exerceu, nos últimos 5 (cinco) anos, cargo, emprego ou função pública relevante, no Brasil ou no exterior?

☐ Não      ☐ Sim, em caso afirmativo, especifique:

Cargo/função:

Órgão/entidade:

Período:

#### 2. Familiar próximo

Algun familiar próximo seu (cônjuge, companheiro(a), pais ou filhos) exerce ou exerceu, nos últimos 5 (cinco) anos, cargo, emprego ou função pública relevante, no Brasil ou no exterior?

☐ Não      ☐ Sim, em caso afirmativo, especifique:

Nome:

Grau de parentesco:

Cargo/função:

Órgão/entidade: \_\_\_\_\_

### 3. Pessoa estreitamente relacionada

Você tem conhecimento de manter relacionamento estreito e conhecido publicamente, de natureza societária, financeira ou empresarial, com pessoa que se enquadre nas situações acima, sem vínculo familiar?

☐ Não      ☐ Sim, em caso afirmativo, especifique:

---

---

**Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas, e me comprometo a comunicar à Função de Compliance da ABRAPA qualquer alteração relevante nesta condição, nos termos da Política de Identificação e Monitoramento de PPE.**

*A prestação de informação falsa ou a omissão deliberada de informações relevantes poderá caracterizar descumprimento das normas do Programa de Integridade da ABRAPA, sujeitando o declarante às medidas cabíveis.*

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_