

## **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS**

PARA CUMPRIMENTO DE REQUERIMENTOS LEGAIS, FAVOR PREENCHER AS INFORMAÇÕES A SEGUIR. TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO FORNECIDA SERÁ MANTIDA EM CARÁTER CONFIDENCIAL EM NOSSO ESCRITÓRIO.

---

---

### **INFORMAÇÃO DO CLIENTE**

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: Escritório: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**OBS:** É da responsabilidade do cliente cientificar este escritório o caso de mudança de algumas das informações fornecidas acima. Nosso escritório envia uma fatura ao cliente anualmente no mês de fevereiro, a partir do ano de abertura da empresa, em relação a anuidade desta empresa. É IMPORTANTE QUE O CLIENTE MANTENHA SUAS INFORMAÇÕES E NÚMEROS DE CONTATO ATUALIZADAS.

---

---

### **INFORMAÇÕES DA EMPRESA**

I. NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

II. DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES: **Portador** [] / **Nominativas** []

[ A Empresa tem capital autorizado padrão de 50.000 ações com valor nominal de \$1,00 cada]

Número de Cautelas: \_\_\_\_\_

III. NOME, ENDEREÇO E OCUPAÇÃO DE CADA BENEFICIÁRIO DAS AÇÕES:

*(Favor incluir uma cópia do passaporte ou outra forma de identificação com foto e uma carta de referência bancária para cada beneficiário)*

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

IV. DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA ATIVIDADE A SER DESENVOLVIDA PELA EMPRESA E FONTE DE CAPITAL:

INVESTMENTS

---

V. NOMES DOS DIRETORES: (Pelo menos um) Nominee Director by our Office  
e NOMES DOS OFICIAIS (não obrigatório) SIM  / NÃO

1.

\_\_\_\_\_  
Oficial: Presidente  / Secretário  / Tesoureiro   
Vice-Presidente  / Secretário Assistente

2.

\_\_\_\_\_  
Oficial: Presidente  / Secretário  / Tesoureiro   
Vice-Presidente  / Secretário Assistente

3.

\_\_\_\_\_  
Oficial: Presidente  / Secretário  / Tesoureiro   
Vice-Presidente  / Secretário Assistente

4.

\_\_\_\_\_  
Oficial: Presidente  / Secretário  / Tesoureiro   
Vice-Presidente  / Secretário Assistente

[ Favor incluir uma cópia do passaporte ou outra forma de identificação com foto e uma carta de referência bancária para cada Diretor ou Oficial ]

VI. PROCURAÇÃO SIM  NÃO

Nome(s) do Procurador:

\_\_\_\_\_  
[ Favor incluir uma cópia do passaporte ou outra forma de identificação com foto e uma carta de referência bancária para cada Procurador ]

VII. ATIVIDADE A SER DESEMPENHADA PELO PROCURADOR:

[ Nosso escritório emite uma Procuração com prazo de validade de um ano. A aprovação do diretor fornecido é necessária para a emissão do Procuração. ]

GENERAL

---

---

VIII AFFIDAVIT:

O CLIENTE, ATRAVÉS DO FORNECIMENTO DESTES FORMULÁRIO E NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DAS AÇÕES DA EMPRESA NELE CONTIDAS, DECLARA E CONFIRMA À NELSON SLOSBERGAS P.A., QUE NÃO É CIDADÃO E/OU RESIDENTE DOS ESTADOS UNIDOS.

ALÉM DISSO, O CLIENTE CONFIRMA QUE O CAPITAL FOI OBTIDO DE FORMA LEGAL E QUE TODAS AS FORMALIDADES LEGAIS APLICÁVEIS FORAM DEVIDAMENTE CUMPRIDAS.

Por: \_\_\_\_\_ Data: April \_\_\_\_ 2006

IMPRIMIR NOME:

Beneficiário (dono) da Empresa

**INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO**

SunTrust Bank  
Attn.: Nelcy Huerta  
One S.E. Third Avenue, 16<sup>th</sup> Floor, Miami, FL 33131  
ABA# 061000104  
Account Name: Nelson Slosbergas, P.A. - Trust Account  
Account #: 1000017267450