

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

Envie esse formulário para Avenida Oscar Niemeyer, 2000, - Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297.

2) Participante menor de idade:

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

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. Em caso de tutela, apresentar o Instrumento de tutela.

3) Participante curatelado:

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Participante e/ou Representante Legal (curador).

Não possui discernimento para assinar: assinado somente pelo Representante Legal (curador).

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).

4) Participante impossibilitado 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.

Sem coleta de impressão digital: assinado pelo Representante Legal (Procurador).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

5) 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.

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

Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

Dados da Entidade Receptora

Icatu Fundo Multipatrocinado, Entidade Fechada de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 01.129.017/0001-06, localizada à Avenida Oscar Niemeyer, 2000, - Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297, doravante denominada ENTIDADE RECEPTORA.	
Nome do Plano	Nº do CNPB

Dados da Entidade Originária  Campo de preenchimento obrigatório.

Nome da Entidade <input type="checkbox"/> Entidade Aberta <input type="checkbox"/> Entidade Fechada		Nº CNPJ da Entidade	
Nome do Plano		Nº do CNPJ do FIE	
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
Pessoa para Contato	Telefone Fixo	Telefone Celular	E-mail

Dados do Participante

Nome Completo		CPF (somente números)	
E-mail Pessoal	Data de Admissão	Telefone Fixo	Telefone Celular

Campo de preenchimento obrigatório

CONSIDERANDO QUE:

1 - O PARTICIPANTE concorda com os valores apresentados pela ENTIDADE ORIGINÁRIA para efeito da presente Portabilidade.

2 - A ENTIDADE RECEPTORA aceitou incorporar o valor objeto da presente Portabilidade à provisão matemática de benefícios a conceder do Plano do PARTICIPANTE.

RESOLVEM AS PARTES CELEBRAR O PRESENTE TERMO DE PORTABILIDADE MEDIANTE AS SEGUINTE CONDIÇÕES:

A) O valor objeto do presente Termo de Portabilidade corresponde à _____ cotas equivalentes a R\$ _____ do referido Plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA, apurado em ____ / ____ / _____.

B) O valor indicado no item (A) será corrigido pela cota do Plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA até a data da efetiva transferência para a ENTIDADE RECEPTORA, de acordo com o previsto em seu Regulamento.

C) O valor descrito no item A tem o seguinte tratamento tributário:

- Valor tributável (constituído a partir de 01.01.1996) R\$ _____ Quantidade de Cotas _____.

- Valor não tributável (constituído até 31.12.1995) R\$ _____ Quantidade de Cotas _____.

D) A Portabilidade do valor indicado no item (A) será efetuada pela ENTIDADE ORIGINÁRIA para a conta corrente de titularidade da ENTIDADE RECEPTORA mantida no Banco Bradesco, agência nº 2373-6, e conta corrente nº 94580-3.

E) Os recursos objetos da Portabilidade não transitarão pelo PARTICIPANTE.

F) A opção tributária do PARTICIPANTE na ENTIDADE ORIGINÁRIA corresponde ao regime:

progressivo regressivo.

No caso da opção ter sido pelo regressivo, os valores mensais de contribuição e o correspondente em cotas estão discriminados, mês a mês, em documento anexo com as respectivas datas de aportes.

G) Com a efetivação da Portabilidade dos recursos, o PARTICIPANTE dá total e irrevogável quitação dos referidos valores à ENTIDADE ORIGINÁRIA, nada mais tendo a reclamar seja a que título for.

H) Fica eleito o foro da comarca do PARTICIPANTE, para dirimir toda e qualquer dúvida acerca do presente instrumento, que é assinado em três (3) vias do mesmo teor e na presença de duas (2) testemunhas.

Observações

- Estou ciente de que os valores portados de entidades fechadas de previdência complementar, exceto por Retirada de Patrocínio, não poderão ser resgatados, devendo ser utilizados, exclusivamente, para percepção de renda, nos termos da regulamentação vigente.
- Os recursos portados de entidades abertas de previdência complementar estarão liberados para resgate, desde que cumpridas as elegibilidades previstas no Plano.
- Os recursos de que trata este Termo de Portabilidade deverão ser transferidos até o prazo máximo fixado na Legislação aplicável a data do protocolo do referido termo na ENTIDADE RECEPTORA, exceto no caso de Retirada de Patrocínio. A ENTIDADE RECEPTORA deverá alocá-los na provisão matemática do Participante em até quatro (4) dias úteis após o efetivo recebimento dos valores, por meio de crédito na conta identificada no item D.
- Caso a opção tenha sido pela tabela regressiva, estou ciente que esta opção é irrevogável.

Declaração do Participante

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à Entidade qualquer responsabilidade perante a fiscalização. O IcatuFMP se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

 _____ Assinatura da Entidade Originária	 _____ Assinatura da Entidade Receptora
 _____ Assinatura do Participante	
 _____ Testemunha 1 Nome: _____ CPF: _____	 _____ Testemunha 2 Nome: _____ CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/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 menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.
 2- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppel/>.