

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependao@icatusseguros.com.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para o endereço: 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 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).

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 Originária

ICATU FUNDO MULTIPATROCINADO, ENTIDADE FECHADA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR, INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº 01.129.017/0001-06, LOCALIZADO NA AVENIDA OSCAR NIEMEYER, 2000, - PORTO MARAVILHA, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20.220-297, DORAVANTE DENOMINADA ENTIDADE ORIGINÁRIA.

Dados da Entidade Receptora

Nome da Entidade <input type="checkbox"/> Entidade Aberta <input type="checkbox"/> Entidade Fechada		Nº CNPJ da Entidade		Nº CNPB/SUSEP do Plano	
Data de Adesão ao Plano		Nome do Fundo		Nº CNPJ do Fundo	
Endereço			Número	Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP

Dados do Participante

Nome Completo do Participante		CPF (somente números)
-------------------------------	--	-----------------------

Campo de preenchimento obrigatório

CONSIDERANDO QUE:

- O PARTICIPANTE aderiu em ____/____/____ ao Plano CARTAPREV - Fundo de Previdência dos Cartórios, CNPB nº 20.070.014-38 e manifestou a vontade de exercer em ____/____/____ o direito de Portabilidade dos recursos financeiros acumulados para a Entidade receptora nomeada acima.
- O PARTICIPANTE concorda com os valores apresentados pela ENTIDADE ORIGINÁRIA para efeito da presente Portabilidade.
- O PARTICIPANTE mantém plano de previdência complementar administrado pela ENTIDADE ORIGINÁRIA, proposta nº _____.
- A ENTIDADE RECEPTORA aceitou incorporar o valor objeto da 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:

- O valor objeto do presente Termo de Portabilidade corresponde à _____ cotas equivalentes a R\$ _____ do referido plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA, sendo esse valor correspondente à 100% da provisão matemática do PARTICIPANTE apurada em ____/____/____ observando o regime de atualização Mensal.
- 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 no regulamento do Plano.
- O valor previsto 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 de 31/12/1995) R\$ _____ Quantidade de Cotas _____.

- D. A Portabilidade do valor previsto no item A será efetuada pela ENTIDADE ORIGINÁRIA para a conta corrente de titularidade da ENTIDADE RECEPTORA, mantida no Banco _____, Agência _____, Conta Corrente _____.
- E. Os recursos objetos da Portabilidade não transitarão em nenhuma hipótese pelo PARTICIPANTE.
- F. A opção tributária do PARTICIPANTE na ENTIDADE ORIGINÁRIA corresponde ao regime: Progressivo Regressivo. Data da Opção ____/____/____: *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 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. Os recursos de que trata este Termo de Portabilidade deverão ser transferidos pela ENTIDADE ORIGINÁRIA em até 10 (dez) dias úteis após o recebimento do presente documento em caso de portabilidade para Entidade Aberta e até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à data do protocolo do Termo de Portabilidade em caso de portabilidade para Entidade Fechada, cabendo à ENTIDADE RECEPTORA alocar os recursos transferidos na provisão matemática do Participante no prazo definido no Regulamento do Plano por ela administrado.
- I. Fica eleito o foro da comarca do PARTICIPANTE, para dirimir toda e qualquer dúvida acerca do presente instrumento, que é assinado em 3 vias do mesmo teor e na presença de 2 testemunhas.

Declaração

Estou ciente de que os valores portados de entidades fechadas de previdência complementar não poderão ser resgatados, devendo ser utilizados, exclusivamente, para a contratação de renda por prazo determinado ou prazo indeterminado, cujo prazo mínimo não poderá ser inferior ao período em que a respectiva reserva foi constituída, limitado ao mínimo de quinze anos, nos termos da regulamentação vigente. Caso a Portabilidade seja realizada para Planos de benefícios instituído por Instituidores, ao Participante será facultada o resgate, nos termos do Regulamento do Plano.

Estou ciente de que poderei apresentar contestação, acompanhada da descrição do meu entendimento, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis da data de recebimento do Termo de Portabilidade emitido pela Entidade Originária, que deve apresentar a resposta ou novo Termo de Portabilidade retificado, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados da data de protocolo da contestação.

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

 _____
Testemunha 2

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

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 de 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/>.