

Dados da Entidade Originária

NOME DA ENTIDADE: ICATU FUNDO MULTIPATROCINADO ENDEREÇO: AV. OSCAR NIEMEYER, 2000 – UF: RJ; CEP: 20220-297	CNPJ DA ENTIDADE: 01.129.017/0001-36 BAIRRO: PORTO MARAVILHA	NOME DO PLANO: PLANO DE BENEFÍCIO DEFINIDO MULTIPATROCINADO CIDADE: RIO DE JANEIRO
---	---	---

Dados da Entidade Receptora

Nome da Entidade		Nº do CNPJ da Entidade	
Nome do Plano			
Nº do CNPB/Registro/Processo Susep		Nº do CNPJ do FIE	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Pessoa para Contato	Tel ()	E-mail	

Dados do Participante

Nome Completo			CPF (somente números)
Estado Civil	Data de Nascimento	Tel ()	Cel ()
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP

Condições/Valores

CONSIDERANDO QUE:

A Superintendência Nacional de Previdência Complementar – PREVIC homologou, por meio de Portaria de sua Diretoria publicado no Diário Oficial da União de 23/02/2021, a retirada de patrocínio da empresa COPENOR – Companhia Petroquímica do Nordeste do Plano de Benefício Definido Multipatrocinado (CNPB nº 1988.0030-83), administrado pela ENTIDADE ORIGINÁRIA, a qual o Participante encontra-se vinculado; No Termo de Retirada aprovado pela PREVIC foi prevista a possibilidade de transferência da Provisão Matemática de Retirada Individual para uma entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar planos de previdência, de livre escolha do PARTICIPANTE.

1 - O PARTICIPANTE aderiu ao Plano de Benefício Definido Multipatrocinado em ____ / ____ / ____ .

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

3 - O PARTICIPANTE possui Plano de Previdência Complementar administrado pela Entidade Receptora acima identificada, com regime de tributação

Progressivo Regressivo.

4 - A ENTIDADE RECEPTORA aceitou incorporar o valor objeto da Transferência à provisão matemática de benefícios a conceder do plano do PARTICIPANTE.

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

A) O valor objeto do presente Termo de Transferência corresponde à 100% da Reserva de Retirada do participante que corresponde à _____ cotas equivalentes a R\$ _____

do referido plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA, sendo esse valor correspondente à Provisão Matemática do Participante, em 28/02/2021 e apurada por último em 28/02/2021 observando o critério de atualização de cotas mensal.

B) O valor indicado no item A será corrigido até a data da efetiva transferência para a ENTIDADE RECEPTORA.

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 de 01.01.1989 até 31.12.1995) - R\$ _____ Quantidade de Cotas _____

D) A Transferência do valor indicado no item (A) será efetuada pela ENTIDADE ORIGINÁRIA para a conta corrente de titularidade da ENTIDADE RECEPTORA mantida no Banco _____, agência nº _____, e conta corrente nº _____ .

E) Os recursos objetos da Transferência 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) Fica eleito o foro da Comarca do Participante, para dirimir toda e qualquer dúvida acerca do presente instrumento, que é assinado em 3 (três) vias do mesmo teor e na presença de 2 (duas) testemunhas.

Declaração do Participante

PARTICIPANTE concorda formal e expressamente com a presente Transferência dando, a partir do recebimento dos recursos pela ENTIDADE RECEPTORA quitação plena, total e irrevogável e irretroatável à ENTIDADE ORIGINARIA, de qualquer obrigação deste, relativa a benefícios concedidos ou a conceder e/ou valores referentes às reservas que para si foram constituídos durante o período em que esteve a ela vinculado, extinguindo-se assim todo e qualquer vínculo ou obrigação da ENTIDADE ORIGINARIA com o PARTICIPANTE, seus dependentes e sucessores.

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.

A impressão e assinatura deve ser feita em três vias, devendo ser encaminhada à ENTIDADE RECEPTORA.

Entidade Originária

Entidade Receptora



Participante



Testemunha



Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____