

## Instrução de Preenchimento

### 1) Forma de envio:

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora. Para os participantes Autopatrocínados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdepensao@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 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).

### 3) 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".

### 4) 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 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	
Data de Adesão do Plano	Nº do CNPB/SUSEP do Plano	Nome do Fundo		Nº CNPJ do Fundo
Endereço (Av./ Rua)			Nº	Complemento
Bairro		Cidade	UF	CEP (somente números)

## Dados do Participante

Nome Completo		CPF (somente números)
Tel ( )	E-mail Pessoal	

## Campo de Preenchimento Obrigatório

**CONSIDERANDO QUE:**

1 - O PARTICIPANTE aderiu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ao Plano \_\_\_\_\_ CNPB nº \_\_\_\_\_ e manifestou a vontade de exercer em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o direito de Portabilidade dos recursos financeiros acumulados para a Entidade receptora nomeada acima.

2 - O vínculo empregatício do participante junto à Patrocinadora encerrou-se em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

4 - O PARTICIPANTE possui Plano de Previdência Complementar administrado pela Entidade Receptora acima identificada, com regime de tributação  progressivo  regressivo.

5 - 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 CONDÇÕES:**

A) O valor objeto do presente Termo de Portabilidade corresponde à 100% sobre saldo de conta do participante e \_\_\_\_\_(%) sobre o saldo de conta da patrocinadora (observado regulamento) que corresponde à \_\_\_\_\_ cotas equivalentes a R\$ \_\_\_\_\_ do referido plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA, sendo esse valor

correspondente à Provisão Matemática do Participante, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e apurada por último em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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, 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 de 01.01.1989 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 \_\_\_\_\_, agência nº \_\_\_\_\_, e conta corrente nº \_\_\_\_\_.

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

F) Os recursos a serem portados serão transferidos para a ENTIDADE RECEPTORA até o quinto dia útil do mês subsequente à data do protocolo do Termo de Portabilidade na ENTIDADE RECEPTORA.

G) 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.

H) 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.

I) 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**

Estou ciente de que poderei apresentar contestação, acompanhada da descrição do meu entendimento, no prazo máximo de 5 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 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 <sup>1</sup>	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup> <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.icaltuseguros.com.br/ppel>.