

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O formulário poderá 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 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.

Plano CARTAPREV – FUNDO DE PREVIDÊNCIA DOS CARTÓRIOS
--

Dados do Participante

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

Dados de Identificação da Operação

Nº da Proposta	Operação <input type="checkbox"/> Aporte <input type="checkbox"/> Contribuição Valor R\$ _____
----------------	--

Declaração

Declaro que a origem dos recursos para a realização desta operação é/são proveniente(s) de:

Salário/Pró-labore Comissões Herança Aposentadoria Doações Recuso-me a informar
 Outros (justificar) _____

Origem relativa à imóvel

Categoria do imóvel <input type="checkbox"/> Imóvel Residencial <input type="checkbox"/> Imóvel Comercial <input type="checkbox"/> Imóvel Rural <input type="checkbox"/> Terreno	Obtenção dos Recursos <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Locação <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Outros _____
---	--

Aplicações Financeiras

Posição Acionária Previdência Cotas de Fundos Saldo em Conta Títulos Públicos Poupança CDB
 Outros (justificar) _____

De acordo com o Art. 6º da Instrução PREVIC nº 18/2014, que dispõe sobre os controles internos específicos para a prevenção e combate dos crimes de "lavagem de dinheiro", no caso de enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, deverá ser identificada a origem dos recursos das operações com valores iguais ou superiores a R\$10.000,00 (dez mil reais).

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

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.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

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/beneficiário 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.icatusseguros.com.br/ppel/>.