

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

Envie este formulário para ACIPREV: Rua Primo Picoli, 232 - Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640.

2) Participante menor de idade

Menor de 16 anos: o formulário deve ser assinado pelo representante legal.

Maior de 16 e menor de 18 anos: o formulário deve ser assinado pelo participante junto com o representante legal.

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.

3) Participantes interditados

Participante possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado pelo participante e/ou representante legal (curador ou tutor).


Participante não possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado somente pelo representante legal (curador ou tutor).

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).

Tutor: cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.

4) Participantes impossibilitados 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.

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.

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).

Dados da Entidade Originária

FUNDO MULTINSTITUÍDO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR - ACIPREV, ENTIDADE FECHADA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR, INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº 15.553.660/0001-77, COM SEDE NA RUA PRIMO PICOLI, 232 CENTRO - AMERICANA - SP - CEP: 13465-640, INSTITUIDORA DO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DA ACIPREV, REGISTRADO NO CNPJ SOB O Nº 20.12.0004-11, 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 CNPJ/SUSEP do Plano
Endereço		Data de Adesão ao Plano	Nome do Fundo		Nº CNPJ do Fundo

Dados do Participante

Nome Completo do Participante	CPF
-------------------------------	-----

Campo de preenchimento obrigatório

CONSIDERANDO QUE:

- O PARTICIPANTE do Plano de Benefícios Previdenciários da ACIPREV manifestou a vontade de exercer o direito de Portabilidade dos seus recursos financeiros para outra entidade de previdência complementar, conforme disposto no Capítulo VIII, Seção II do Regulamento do Plano.
- 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 SEGUINTESS CONDIÇÕES:

- A. 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.
- 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 no regulamento do Plano.
- C. 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 5 (cinco) dias úteis após o recebimento do presente documento, 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 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 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.



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	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail	
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de 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- Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.