Termo de Portabilidade de Entrada

APCDPrev
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES - DENTISTAS

FEV/2019

Instruções de Preenchimento

1)Forma de envio:

Envie este formulário para APCDPREV: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo - SP - CEP: 02011-000

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 Receptora

FUNDO DE PENSÃO MULTINSTITUÍDO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS – APCDPrev, entidade fechada de previdência complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 08.940.007/0001-03, localizada na Rua Voluntários da Pátria, nº 547, Mezanino, Santana, São Paulo – SP – CEP 02011-000, doravante denominada ENTIDADE RECEPTORA.

Dados da Entidade Originária

Nome da Entidade ☐ Entidade Aberta ☐ Entidade Fechada	Nº CNPJ da Entidade	Endereço

Dados do Participante

Nome Completo do Participante		
Nacionalidade	Estado Civil	CPF

Campo de preenchimento obrigatório

CONSIDERANDO QUE:

1) O PARTICIPANTE do Plano_____, cadastrado no CNPB/Processo SUSEP nº_____, certificado nº_____, CNPJ do fundo de Investimento nº_____, manifestou a vontade de exercer o direito de Portabilidade dos seus recursos financeiros para outra entidade de previdência complementar, conforme disposto no Regulamento do Plano.

2) O PARTICIPANTE mantém plano de previdência complementar administrado pela ENTIDADE RECEPTORA denominado plano de Benefícios APCDPREV, registrado no CNBP sob o nº 20.070.019-18, com regime de tributação ☐ Progressivo ☐ Regressivo.

3) 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 SEGUINTES CONDIÇÕES:

A. O valor objeto do presente Termo de Portabilidade corresponde à R$_____ . Saldo em ____/____/_____ do referido plano mantido na ENTIDADE ORIGINÁRIA, sendo esse valor correspondente à provisão matemática do PARTICIPANTE.

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.

Termo de Portabilidade de Entrada

APCDPrev
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES - DENTISTAS

FEV/2019

C. O valor previsto no item A tem o seguinte tratamento tributário:

Valor tributável (constituído a partir de 01/01/1996) R$_____.

Valor não tributável (constituído até de 31/12/1995) R$_____.

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 Itaú (341), agência 0251, conta corrente 80.210-4.

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 regressiva, 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. **No caso de entidades fechadas de previdência complementar, os recursos de que trata este Termo de Portabilidade deverão ser transferidos pela ENTIDADE ORIGINÁRIA até o 5º dia útil do mês subsequente ao do recebimento do presente documento. Para entidades abertas de previdência ou Sociedade Seguradora autorizada a operar planos de previdência o prazo é até o 5º dia útil ao do presente documento. Em ambos os casos cabe à ENTIDADE RECEPTORA alocar os recursos na provisão matemática do Participante conforme legislação vigente.**

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 que valores oriundos de portabilidade de recursos que tenham sido constituídos em entidades abertas ou entidades fechadas estarão facultados para resgate, conforme Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciários APCDPREV. Estou de acordo com as informações constantes neste Termo de Portabilidade.

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.

_____
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] ☐ Sim ☐ Não	Grau de Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ 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.