Termo de Opção dos Institutos

APCDPrev
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES - DENTISTAS

MAI/2019

Instruções de Preenchimento

1) Para a opção de resgate, deve ser encaminhada a cópia do comprovante de domicílio bancário (documento bancário que comprove o número da conta corrente).

2) Forma de envio:

O formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail apcdprev@apcdprev.org.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para APCDPREV: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo-SP- CEP: 02011-000.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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 do Participante

Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta

Tel	Cel	E-mail
( )	( )	

Em virtude da cessação do meu vínculo com a APCDPREV, opto pelo seguinte Instituto.

Escolha apenas uma opção.

☐ **BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO**

Essa opção permite permanecer vinculado ao plano de benefícios, na qualidade de Participante Remido, desde que já tenha completado 3 anos de vinculação ao plano de benefícios. Quando cumpridos os requisitos de elegibilidade poderá ser requerido o benefício de aposentadoria. Será descontado, mensalmente, do saldo da conta participante, o valor para custeio das despesas administrativas. Esta opção permite ao Participante, a qualquer tempo, optar pela portabilidade ou pelo resgate, desde que preenchidos os requisitos previstos no regulamento.

☐ **PORTABILIDADE**

Essa opção implica no cancelamento da minha inscrição ao plano de benefícios, proporcionando a portabilidade do saldo da conta participante, devidamente atualizado até a data da efetiva transferência, desde que eu já tenha completado 3 anos de vinculação ao plano de benefícios e não esteja recebendo benefício pelo plano, de acordo com o regulamento do plano, para Entidade de Previdência Complementar ou Sociedade Seguradora, mediante preenchimento de Termo de Portabilidade.

DADOS DA ENTIDADE RECEPTORA PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE PORTABILIDADE:

Nome da Entidade			Nº do CNPJ da Entidade
Nome do Plano	Nº do CNPB / REGISTRO / PROCESSO SUSEP		Nº do CNPJ do FIE
Endereço			Bairro
Cidade	UF	CEP	Pessoa para Contato
Tel ( )	E-mail		
Banco	Agência	Conta	

Termo de Opção dos Institutos

APCDPrev
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES - DENTISTAS

MAI/2019

☐ RESGATE

Essa opção implica no cancelamento da minha participação no Plano de Benefícios, autorizando a APCDPREV a creditar o valor desse Instituto na conta corrente informada abaixo. Estou ciente que o pagamento do resgate extingue o direito a qualquer outro benefício do plano. O cálculo será atualizado pela variação da cota, conforme regulamento do plano. O pagamento do resgate está condicionado ao cumprimento de um prazo de carência de 3 anos, contado a partir da data de inscrição no Plano.

Banco	Agência	Conta

☐ Pagamento Único ☐ Pagamento em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas), atualizadas pela cota do plano.

Estou ciente de que a escolha por uma das opções acima deverá ocorrer no prazo máximo estabelecido no regulamento do plano de benefícios.
Caso o Participante não opte por um dos Institutos, e desde que preencha os requisitos, será presumida a sua opção pelo benefício proporcional diferido.
Declaro que após a efetivação de minha opção acima assinalada, outorgo à APCDREV, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e a que tempo for, isentando de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Participante

_____
Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

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 Participante/beneficiário 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.