

## 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:** 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 e 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.

## Dados da Entidade Originária

FUNDO DE PENSÃO MULTIINSTITUÍDO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS - APCDPrev, entidade fechada de previdência complementar, inscrita no CNPJ sob o nº 08.940.007/0001-03, com sede na Rua Voluntários da Pátria, nº 547, Mezanino, Santana, São Paulo – SP CEP 02011-000, instituidora do Plano de Benefícios APCDPrev, na modalidade de contribuição definida registrado no CNPJ sob o nº 20.070.019-18, 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 (somente números)
-------------------------------	-----------------------

## Campo de preenchimento obrigatório

### CONSIDERANDO QUE:

1) O PARTICIPANTE do Plano de Benefícios da APCDPrev 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.

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

3) O PARTICIPANTE mantém plano de previdência complementar administrado pela ENTIDADE ORIGINÁRIA, proposta nº \_\_\_\_\_.

4) 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 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 diária.

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 10 (dez) dias úteis após o recebimento do presente documento em caso de portabilidade para Entidade Aberta e até o 5o (quinto) dia útil do mês subsequente à data do protocolo do Termo de Portabilidade em caso de portabilidade para Entidade Fechada, 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) três vias do mesmo teor e na presença de duas (2) testemunhas.

## Declaração

Estou ciente de que os valores portados de entidades fechadas de previdência complementar não poderão ser resgatados, devendo ser utilizado, 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. A APCDPrev 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 de 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.