

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

CPF:	Matrícula:	CEP:
Endereço/ Logradouro:	Bairro:	Nº:
Complemento:	UF:	Cidade:
DDD e Telefone:	E-mail:	

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE QUE ADMINISTRA O PLANO DE BENEFÍCIOS ORIGINÁRIO

Nome da Entidade Fechada de Previdência Complementar submetida à LC 109/2001:

CNPJ:	CEP:	
Endereço/ Logradouro:	Bairro:	Nº:
Complemento:	UF:	Cidade:
Nome do plano de benefício:	CNPJ do plano:	
Nº CNPB:	Regime tributação:	
	☐ Não optante ☐ Progressivo ☐ Regressivo	
Nome da pessoa para contato:	Telefone:	E-mail:
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE QUE ADMINISTRA O PLANO RECEPTOR

Nome:

CNPJ da Entidade:	CEP:	
Endereço/ Logradouro:	Bairro:	Nº:

Complemento: _____ UF: _____ Cidade: _____

Nome do plano de benefício: _____

CNPJ do plano: _____ N° SUSEP ou CNPB: _____

Regime tributação: _____ Tipo de Entidade: _____ Data de adesão ao plano: _____

☐ Não optante ☐ Progressivo ☐ Regressivo | ☐ Aberta ☐ Fechada | _____

Nome da pessoa para contato: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Os dados bancários estão vinculados ao CNPJ: ☐ Da Entidade ☐ Do Plano

PORTABILIDADE - VALORES EM REAIS

Total direito acumulado*: _____ Débitos Previdenciais: _____ Valor líquido da portabilidade: _____ Data base de cálculo: _____

Prazo de acumulação dos recursos: _____ Data fim para contagem de acumulação de recursos: _____

**O direito acumulado total será atualizado entre a data-base de cálculo e a data da efetiva transferência para o plano de benefícios receptor pelo Índice de preço ao consumidor - INPC/IBGE pró-rata-tempore, no caso de benefício definido e com base na última cota disponível na data da transferência dos recursos para os planos de contribuição definida. Os valores dos débitos também poderão sofrer atualizações entre a data da assinatura, e a data da transferência dos recursos.*

VALOR A SER PORTADO DO PLANO ORIGINÁRIO E FORMA DE ATUALIZAÇÃO

- | | | Regime tributação: | |
|---|-----------|-----------------------------------|----------------------------------|
| • Valor constituído no plano Originário (Participante) | R\$ _____ | ☐ Progressivo | ☐ Regressivo |
| • Valor constituído no plano Originário (Patrocinadora) | R\$ _____ | ☐ Progressivo | ☐ Regressivo |
| • Valor portado constituído em EFPC | R\$ _____ | ☐ Progressivo | ☐ Regressivo |
| • Valor portado constituído em EAPC (ou Sociedade Seguradora) | R\$ _____ | ☐ Progressivo | ☐ Regressivo |

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do plano previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que AUTORIZO EXPRESSAMENTE o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

ASSINATURA

As partes, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO PARTICIPANTE

As partes, diante da rescisão do contrato de trabalho do Participante com a Patrocinadora, e tendo manifestado formalmente perante a Entidade sua opção pela Portabilidade, declara estar de acordo com todas as informações constantes deste Termo.

1ª VIA: Entidade de origem;

2ª VIA: Entidade receptora;

3ª VIA: Entidade de origem com protocolo da Entidade receptora.

Data

Assinatura Entidade receptora

Data

Assinatura Entidade de origem

Data

Participante

Observações importantes:

1 - O prazo legal para transferência dos recursos só começa a contar a partir da entrega deste termo devidamente assinado por todas as partes envolvidas;

2 - A legislação vigente prevê que os recursos portados de uma Entidade Fechada de Previdência Complementar para uma Entidade Aberta de Previdência Complementar deverão ser utilizados para contratação de renda mensal vitalícia ou por prazo determinado, cujo prazo mínimo não poderá ser inferior ao período em que a respectiva reserva foi constituída na Entidade Cedente, limitado ao mínimo de 15 (quinze) anos, observadas as normas estabelecidas pelo órgão regulador e fiscalizador