

Identificação do participante

Nome:	CPF:	Matrícula:	
Endereço:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
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:	Endereço:	Nº:
Cidade:	UF:	CEP:
Nome do plano de benefício:	Nº Processo SUSEP ou CNPB:	Regime tributação:
Nome da pessoa para contato:	Telefone:	E-mail:
Nome e Nº do banco para depósito:	Conta corrente:	
Nome, agência - Nº, cidade, UF:		

Identificação da entidade que administra o plano receptor

Nome:	CNPJ:	
Endereço:	Nº:	Complemento:
Cidade:	UF:	CEP:
Nome do plano de benefício:	Nº Processo SUSEP ou CNPB:	Regime tributação:
Nome da pessoa para contato:	Telefone:	E-mail:
Nome, agência - Nº, cidade, UF:		

Portabilidade - valores em reais

Direito acumulado no plano:	Recursos portados:	Direito acumulado total: (*)	Data base de cálculo:
Prazo de acumulação:		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.

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 previdencial 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.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

Assinatura



As partes, inclusive suas testemunhas, 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.

Data

Assinatura Entidade receptora

 Data	 Assinatura Entidade de origem
 Data	 Participante

1ª VIA: ENTIDADE DE ORIGEM 2ª VIA: ENTIDADE RECEPTORA 3ª VIA: ENTIDADE DE ORIGEM COM PROTOCOLO DA ENTIDADE RECEPTORA

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.