REQUERIMENTO DE TERMO DE **PORTABILIDADE**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

DATA DE NASC.: DATA DE ADMISSÃO: DATA DA DEMISSÃO:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE: ESTADO: CEP:

E-MAIL: TELEFONE:

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA* ◯ SIM ◯ NÃO

*Pessoa politicamente exposta é aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

SALDO DA CONTA DO PARTICIPANTE: DATA BASE:

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
Participante - Normal	
Participante - Adicional	
Patrocinadora - Normal	
Patrocinadora - Serviço Passado	
SALDO TOTAL DA CONTA DO PARTICIPANTE	

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065
WhatsApp: (11) 5039-1628
cargillprev_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6° andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

REQUERIMENTO DE TERMO DE **PORTABILIDADE**

INFORMAÇÕES DA ENTIDADE CEDENTE:

NOME DA ENTIDADE:
CARGILLPREV SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

NOME DO PLANO:
PLANO DE APOSENTADORIA CARGILL

CNPJ:
58.926.825/0001-11

ENDEREÇO:
AVENIDA DR. CHUCRI ZAIDAN, N° 1240 – 6° ANDAR – DIAMOND TOWER

BAIRRO:
VILA SÃO FRANCISCO

CIDADE:
SÃO PAULO

ESTADO:
SP

CEP:
04711-130

CONTATO:
ATENDIMENTO CARGILLPREV

TELEFONE:
(11) 5099-3020 | 0800 761 0065

E-MAIL:
CARGILLPREV_SPOM@CARGILL.COM

TIPO DE PLANO:
○ ABERTA ● FECHADA

MODALIDADE NO PLANO:
○ BD ○ CD ● CV ○ PGBL

N° PROCESSO SUSEP OU CNPB:
1988.0008-74

INFORMAÇÕES DA ENTIDADE RECEPTORA:

NOME DA ENTIDADE:

NOME DO PLANO:

CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

CONTATO:

TELEFONE:

E-MAIL:

TIPO DE PLANO:
○ ABERTA ○ FECHADA

MODALIDADE NO PLANO:
○ BD ○ CD ○ CV ○ PGBL

N° PROCESSO SUSEP OU CNPB:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065
WhatsApp: (11) 5039-1628
cargillprev_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6° andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

REQUERIMENTO DE TERMO DE **PORTABILIDADE**

DOS DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

1. O valor objeto do presente Termo de Portabilidade é de R$ ..... , apurado em ..... Este valor corresponde ao direito acumulado do PARTICIPANTE nos termos do Regulamento do Plano de Aposentadoria da Entidade CEDENTE.

2. O valor indicado no item 1 será corrigido pela Entidade CEDENTE pela variação da quota do mês anterior a efetiva Portabilidade para a Entidade RECEPTORA.

3. A transferência do valor objeto da Portabilidade será efetuada pela Entidade CEDENTE para a conta corrente de titularidade da Entidade RECEPTORA, até o 20° dia útil do mês subsequente à data do protocolo (recebimento pela Entidade CEDENTE do formulário preenchido) deste termo pela Entidade RECEPTORA.

4. Os recursos objeto da Portabilidade não transitarão em conta corrente do PARTICIPANTE.

5. Os recursos portados deverão ficar em conta segregada, não sendo passíveis de resgate pelo PARTICIPANTE e, no caso de Portabilidade para Entidade ABERTA de Previdência Complementar, a integralidade dos recursos deverá ser utilizada para contratação de benefício pago na forma de renda mensal, no mínimo igual ao período em que o valor correspondente ao direito acumulado foi constituído, não podendo ser inferior a 15 anos, conforme disposto no artigo 14 § 4° da Lei Complementar n° 109, de 29/05/2001.

6. Com a efetivação da transferência dos recursos, o PARTICIPANTE dá total e irrevogável quitação dos referidos valores à ENTIDADE CEDENTE, nada mais tendo a reclamar seja a que título for, extinguindo-se definitivamente as obrigações da ENTIDADE CEDENTE para com o PARTICIPANTE e seus beneficiários.

7. Com a efetivação da portabilidade, a Entidade RECEPTORA se responsabiliza pela retenção e recolhimento de tributos e ônus fiscais, nos termos da legislação vigente, por ocasião de eventuais resgates ou de pagamento de benefícios gerados pelos recursos objeto do presente Termo.

8. Fica eleito o foro da comarca da ENTIDADE CEDENTE para dirimir toda e qualquer dúvida acerca do presente instrumento, que é assinado em 3 (três) vias de mesmo teor e na presença de 2 (duas) testemunhas.

Dia ..... , de ..... de .....

.....
Assinatura do Participante

.....
Entidade Cedente
CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar

.....
Entidade Cedente
CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar

.....
Entidade Receptora

.....
Entidade Receptora

1ª VIA ENTIDADE CEDENTE 2ª VIA ENTIDADE RECEPTORA 3ª VIA PARTICIPANTE

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065
WhatsApp: (11) 5039-1628
cargillprev_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6° andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar