

## TERMO DE PORTABILIDADE

(Preencher em 3 vias e encaminhar em anexo ao Termo de Opção para os Institutos Legais)

Seus dados pessoais são protegidos e armazenados pela SantanderPrevi com padrões rígidos de segurança, visando assegurar o sigilo e a integridade dessas informações, observando-se o tratamento e a transparência nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18).

### Dados do PARTICIPANTE

Nome		CPF	
Nacionalidade	Estado Civil	Matrícula	Data de Desligamento
Endereço completo:			

### Dados da ENTIDADE ORIGINÁRIA:

Razão Social da Entidade: **SANTANDERPREVI - Sociedade de Previdência Privada**

CNPJ da Entidade: **68.687.185/0001-98**

Tipo de Entidade de Previdência Complementar: **Fechada**

Endereço: **Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 2.041/2.235 - Vila Olímpia – São Paulo – SP – CEP: 04543-011**

Nome do Plano: **Plano de Aposentadoria da SantanderPrevi**

CNPB do Plano: **1992.0015-29**

Origem dos recursos do participante ( Informações do Extrato de Desligamento )	R\$	Qtde. Quotas	Regime de Tributação <sup>(1)</sup>
Plano de Benefícios Originário	_____	_____	_____
Entidade Aberta de Previdência Complementar	_____	_____	_____
Entidade Fechada de Previdência Complementar	_____	_____	_____
SOMA .....	_____	_____	_____

<sup>(1)</sup> Opção feita pelo **PARTICIPANTE** no que se refere à Lei 11.053, de 29/12/2004. Caso haja opção pelo regime regressivo, o histórico de contribuições para cálculo do prazo de acumulação deverá ser rubricado pelas partes, anexado a este e fará parte integrante do Termo de Portabilidade.

## TERMO DE PORTABILIDADE

### Dados da ENTIDADE RECEPTORA

Razão Social da Entidade: \_\_\_\_\_

CNPJ da Entidade: \_\_\_\_\_

Tipo de Entidade de Previdência Complementar: ( ) Aberta ( ) Fechada

Endereço Completo (logradouro, nº, bairro, cidade, estado, CEP): \_\_\_\_\_

Nome do Plano: \_\_\_\_\_

Nº Processo SUSEP / CNPB: \_\_\_\_\_

Nº Certificado (no caso de entidade Aberta de Previdência Complementar): \_\_\_\_\_

Regime de Tributação: ( ) Regressiva ( ) Progressiva

Dados da Conta Corrente para recepção da portabilidade: Banco nº \_\_\_\_\_ ,  
Agência código \_\_\_\_\_ , conta corrente nº \_\_\_\_\_

CONSIDERANDO que:

1. O **PARTICIPANTE** rompeu vínculo de trabalho com a patrocinadora do Plano de Aposentadoria da SantanderPrevi administrado pela **ENTIDADE ORIGINÁRIA** e manifestou a vontade de exercer o direito à Portabilidade, conforme lhe faculta o Regulamento do Plano de Aposentadoria da SantanderPrevi, mediante assinatura do Termo de Opção que segue em anexo.
2. O **PARTICIPANTE** concorda com os valores apresentados pela **ENTIDADE ORIGINÁRIA**, por meio de Extrato de Desligamento/Extrato de Contribuições, para efeito da presente Portabilidade;
3. O **PARTICIPANTE** se responsabiliza pelas declarações prestadas e pela escolha da **ENTIDADE RECEPTORA**, consignadas no presente instrumento particular, com exceção dos dados relativos à **ENTIDADE ORIGINÁRIA**, declarando estar plenamente ciente e de acordo com o conteúdo do mesmo;
4. O **PARTICIPANTE** encontra-se inscrito no **PLANO DE BENEFÍCIOS RECEPTOR**;
5. O **PARTICIPANTE** declara ter pleno conhecimento de que o valor ora portado estará sujeito única e exclusivamente às regras constantes do **PLANO DE BENEFÍCIOS RECEPTOR**;
6. A **ENTIDADE RECEPTORA** aceita incorporar o valor objeto da Portabilidade no **PLANO DE BENEFÍCIOS RECEPTOR**.

Resolvem as partes celebrar o presente Termo de Portabilidade com as seguintes condições:

- A) O valor indicado para portabilidade será atualizado por meio da sua conversão em quotas, observado o valor destas na data do desligamento do Plano, atualizadas com base no retorno do perfil de investimentos a qual o participante estava vinculado. Por ocasião da data da efetivação da Portabilidade, a **ENTIDADE ORIGINÁRIA** encaminhará o demonstrativo com os valores finais, devidamente atualizados, para o **PARTICIPANTE** visando o envio à **ENTIDADE RECEPTORA**.
- B) A **ENTIDADE ORIGINÁRIA**, após o protocolo do Termo de Opção, encaminhará este Termo de Portabilidade ao Participante, no prazo máximo de 10 dias úteis.

## TERMO DE PORTABILIDADE

- C) A transferência do valor objeto da Portabilidade será efetuada pela **ENTIDADE ORIGINÁRIA** para a conta corrente de titularidade da **ENTIDADE RECEPTORA**, até o prazo estabelecido pela legislação vigente, a partir da data do protocolo deste Termo junto à **ENTIDADE ORIGINÁRIA**.
- D) Os recursos objeto da Portabilidade não transitarão em conta corrente do **PARTICIPANTE**.
- E) Os recursos portados deverão ficar em conta segregada no **PLANO DE BENEFÍCIOS RECEPTOR**, subdividida conforme indicação de sua constituição pela **ENTIDADE ORIGINÁRIA**, sendo que os recursos constituídos em Entidade Fechada de Previdência Complementar não são passíveis de Resgate.
- 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 pelo prazo, no mínimo, igual ao período em que a reserva foi constituída, não podendo ser inferior a 15 (quinze) anos.
- F) Com a efetivação da transferência 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, extinguindo-se definitivamente as obrigações da **ENTIDADE ORIGINÁRIA** para com o **PARTICIPANTE** e seus beneficiários.
- G) Fica eleito o foro da comarca da **ENTIDADE ORIGINÁRIA** 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Localidade, Data

\_\_\_\_\_  
ENTIDADE ORIGINÁRIA

\_\_\_\_\_  
ENTIDADE RECEPTORA (reconhecer assinatura em cartório)

\_\_\_\_\_  
PARTICIPANTE (reconhecer assinatura em cartório)

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF: