

## Instruções de Preenchimento

### 1) Cliente menor de idade:

**Menor de 16 anos:** assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Cliente 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.

### 2) Cliente curatelado:

**Possui discernimento para assinar:** assinado pelo Cliente 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).

### 3) Cliente 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 cliente, e ainda acompanhado de 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".

### 4) 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.

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 do Cliente (\* Campos de preenchimento obrigatório)

Nome Completo *			CPF (somente números) *	
Nº do Certificado *	Tel ( )	Cel ( )	E-mail	
Profissão/Atividade *		Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>1</sup> *	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup> *	
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

1- Em caso de participante/ beneficiário 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. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.riograndesseguradora.com.br/paginas/ppe/asp>.

**Eu, acima identificado(a), solicito a transferência total dos recursos da reserva matemática constituída pelas contribuições por mim realizadas ao plano de previdência privada complementar ao dependente abaixo identificado:**

## Dados do Dependente

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão/Atividade	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>1</sup>	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup>
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**O VALOR ORA TRANSFERIDO DEVERÁ SER APLICADO NOS TERMOS DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO FIRMADA POR MEU DEPENDENTE E ABAIXO IDENTIFICADA:**

Número do Certificado ou Proposta	Transferência dos Recursos <input type="checkbox"/> Transferência Total <input type="checkbox"/> Transferência Parcial _____	Data da Proposta
-----------------------------------	---	------------------

## Declaração

Declaro, desde já, para fins de cumprimento no art. 2º do Ato Declaratório Interpretativo da Secretaria da Receita Federal nº 1, de 17/01/02, que o meu dependente consta em minha declaração de ajuste anual como sendo meu dependente.

Declaro também que meu dependente foi designado como meu beneficiário na proposta de adesão/ inscrição do plano para o qual a portabilidade está sendo solicitada.

Declaro, ainda, ter total conhecimento de que a transferência de recursos ora solicitada, somente não sofrerá incidência de imposto de renda, caso o meu dependente, por ocasião da constituição do plano, tenha sido designado como beneficiário.

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade. A Rio Grande Seguros e Previdência S/A se compromete a tratar os dados informados neste documento 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.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assinatura do Solicitante



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal  
(caso necessário)

## 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>	Grau de Parentesco/Afinidade
		<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

**Centro de Relacionamento com o Cliente - CRC: 0800 281 3005**

Atendimento para pessoas com necessidades especiais: acesse o chat online através do site [www.riograndesseguradora.com.br](http://www.riograndesseguradora.com.br).

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Rio Grande Seguros e Previdência S/A: 0800 025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h. (É necessário ter o número do protocolo do atendimento anterior).