

Orientações 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		

Dados do dependente

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

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 ☐ Transferência Total ☐ 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.

Dados do responsável/representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
E-mail		
Tel ()	Grau de Parentesco/Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____	

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade.

Declaro estar ciente de que, na transferência de titularidade de um plano com situação do regime RETRATÁVEL para um plano com situação do regime IRRETRATÁVEL, será aplicado o regime tributário e situação do regime do plano de destino, sem possibilidade de alteração futura.

Na transferência de titularidade de um plano com regime REGRESSIVO IRRETRATÁVEL para um plano com situação do regime RETRATÁVEL, estou de acordo com a alteração do regime tributário e/ou da situação do regime tributário do plano de destino, igualando-o ao plano de origem, sem possibilidade de alteração futura.

Na transferência de titularidade de um plano com regime PROGRESSIVO IRRETRATÁVEL para um plano com situação do regime RETRATÁVEL ou IRRETRATÁVEL, estou ciente de que o prazo de acumulação das contribuições do plano de origem não será replicado no plano de destino.

Conforme medida provisória no 2.200-2/2001, o formulário poderá ser assinado digitalmente. O Gov.br é uma plataforma de serviços digitais gratuita que permite assinaturas eletrônicas, sendo uma alternativa válida conforme normas estabelecidas. Acesse o link Assinatura Eletrônica — Governo Digital (www.gov.br) e fique por dentro. Assim como o Gov.br, o formulário poderá ser assinado digitalmente também em conformidade com o padrão ICP-Brasil.

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)