



Fundação de Previdência Complementar
do Estado do Espírito Santo

REQUERIMENTO DE PORTABILIDADE DE SAÍDA

Dados do Solicitante			
Nome Completo:			
Naturalidade:		Estado Civil:	
Cargo:		Nº Funcional:	
RG:		CPF:	
Endereço			
Logradouro:	Bairro:		Número:
CEP:		Cidade:	UF:

Solicito à Fundação de Previdência Complementar do Estado do Espírito Santo – PREVES, a entrada no pedido de Portabilidade das contribuições junto ao plano de benefícios PREVES SE, administrado por esta entidade.

Declaro que tenho ciência que após o recebimento desta solicitação pela Fundação, a PREVES emitirá o requerimento formal de Portabilidade para minha assinatura e envio à Entidade Receptora para andamento da solicitação.

Declaro ainda, que tenho conhecimento de que o requerimento formal deverá ser assinado eletronicamente via E-docs.

Dados da Entidade Receptora			
Razão Social da Entidade Receptora:			
CNPJ:			
Área / Contato:			
Telefone:			
E-mail:			
Endereço da Entidade Receptora			
Logradouro:	Bairro:		Número:
CEP:		Cidade:	UF:
Complemento:			
Dados do Plano Receptor			
Nome do plano de benefícios receptor:			
Data de Adesão ao plano de benefícios receptor:			
Modalidade (PGBL, VGBL ou outros):			
Entidade: Fechada Aberta			
Nº Processo CNPB/SUSEP:			
Dados Bancários da Entidade Receptora			
Banco:	Agência:		Nº da Conta:
Tipo de conta: Conta Corrente Conta Poupança			
Dados do Representante Legal da Entidade Receptora			
Nome Completo:			
CPF:			