

## FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

### **Instrução Conjunta SP-PREVCOM/UCRH 01/2013.**

*Considerando a Lei 14.653, de 22-12-2011, que instituiu o regime de Previdência Complementar do Estado de São Paulo; A Fundação de Previdência Complementar do Estado de São Paulo - SP-PREVCOM e a Unidade Central de Recursos Humanos – UCRH, expedem a seguinte instrução:*

I – Fica instituído o fluxo para ingresso dos novos servidores da Administração Direta do Estado que optarem por participar dos planos de benefícios complementares PREVCOM RP e PREVCOM RG administrados pela Fundação de Previdência Complementar do Estado de São Paulo, SP-PREVCOM.

1 – No ato da posse ou exercício do servidor, as unidades de recursos humanos dos Órgãos da Administração Direta do Estado deverão entregar o formulário de inscrição por meio do qual o novo servidor fará sua opção de integrar o regime de previdência complementar.

2 – Os formulários de inscrição dos planos PREVCOM RP e PREVCOM RG ficarão disponíveis nas páginas eletrônicas da SPPREVCOM e da Unidade Central de Recursos Humanos – UCRH, devendo ser entregues ao servidor no momento de sua posse ou exercício em 2 (duas) vias.

3 – Caso o servidor opte por participar do plano, deverá preencher e assinar as 2 (duas) vias e entregá-las no RH do seu órgão ou entidade de origem que encaminhará à SP-PREVCOM para validação da inscrição.

4 – A SP-PREVCOM, após validação da inscrição, encaminhará as informações para desconto da contribuição em folha de pagamento à Secretaria da Fazenda, nos termos do Convênio de Adesão firmado entre o Poder Executivo e a SP-PREVCOM, por meio de arquivo magnético.

5 – A Secretaria da Fazenda, nos termos do referido Convênio de Adesão, enviará arquivos mensais para a SP-PREVCOM com as informações sobre os descontos efetuados, tais como: base de cálculo separada por rubricas, alíquota aplicada e o valor final descontado dos vencimentos ou salários, além dos dados cadastrais.

6 – A SP-PREVCOM enviará arquivo mensal à Secretaria da Fazenda, nos termos do referido Convênio de Adesão, com as informações que, eventualmente, sejam alteradas pelo servidor, especialmente sua alíquota de contribuição.

7 – Para os servidores abrangidos pela Lei 14.653/11, que tenham ingressado no serviço público a partir de 23-12-2011, o mesmo procedimento deverá ser realizado por meio das unidades de recursos humanos dos seus órgãos ou entidades de origem.

8 – Para os servidores do Estado de São Paulo contribuintes do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, que se encontram em exercício, é facultada a adesão ao plano de benefícios complementares PREVCOM RG, mediante a adoção dos procedimentos acima descritos.

II – Os formulários de inscrição dos Planos de Benefícios Complementares PREVCOM RG e PREVCOM RP são parte integrante dessa instrução conforme anexo.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA FAZENDA

FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RG**

| PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM   |                    |                               |                    |
|--|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| Órgão de Origem:   |                    | CNPJ:                         |                    |
| Cód. do Órgão:   | CNPB: 2013.0002-19 | Cód. Participante:            |                    |
| PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE  |                    |                               |                    |
| I - DADOS PESSOAIS   |                    |                               |                    |
| Nome:  |                    | CPF:                          |                    |
| Data de Nascimento: / /  | Nacionalidade:     | Naturalidade:                 |                    |
| Identidade:  | Data emissão: / /  | UF:                           |                    |
| Sexo:  | Estado Civil:      |                               |                    |
| Pai:   | Mãe:               |                               |                    |
| Cônjuge/companheiro(a):  |                    | CPF:                          |                    |
| II - ENDEREÇO RESIDENCIAL  |                    |                               |                    |
| Logradouro:  |                    | Nº                            | Compl.             |
| Bairro:  | CEP:               | Cidade:                       | UF:                |
| DDD/Telefone: ( )  |                    | DDD/Celular: ( )              |                    |
| E-mail:  |                    | Outros:                       |                    |
| III – DADOS FUNCIONAIS   |                    |                               |                    |
| Formação:  |                    | Nível: ( ) Superior ( ) Médio |                    |
| Cargo:   |                    | Função:                       |                    |
| Órgão:   |                    | Poder:                        |                    |
| Setor:   |                    | Data de Ingresso: / /         |                    |
| Logradouro:  |                    | Nº                            | Compl.             |
| Bairro:  | CEP:               | Cidade:                       | UF:                |
| DDD/Telefone: ( )  |                    | DDD/ Celular: ( )             |                    |
| E-mail:  |                    | Fax:                          |                    |
| IV - BENEFICIÁRIOS   |                    |                               |                    |
| <p>Podem ser indicados como beneficiários ao PREVCOM – RG: I) cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente, do casamento ou da união estável ou homoafetiva; II) filhos menores de 21 anos não emancipados; III) enteados e menores tutelados sob dependência econômica; IV) filhos inválidos ou incapazes civilmente sob dependência econômica e V) pai e mãe na ausência dos beneficiários I, II e III, desde que comprovadamente vivam sob dependência econômica do participante.</p> |                    |                               |                    |
| Nome Completo  | Data de Nascimento | Parentesco                    | Invalidez (S ou N) |
|  |                    |                               |                    |
|  |                    |                               |                    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## V – CONTRIBUIÇÕES MENSAIS – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

### A. ( ) Sou Participante Ativo - servidor que ganha acima do teto do INSS

Solicito minha inscrição como **Participante Ativo** no Plano de Benefícios PREVCOM – RG e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS. Estou ciente que o Patrocinador acompanhará paritariamente a minha contribuição até o limite de 7,5% (sete e meio por cento) e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor de ambas as contribuições.

### B. ( ) Sou Participante Ativo Facultativo – servidor que ganha abaixo do teto do INSS

Solicito minha inscrição como **Participante Ativo Facultativo** no Plano de Benefícios PREVCOM – RG e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_) do valor da minha remuneração. Estou ciente que o Patrocinador não acompanhará paritariamente a minha contribuição e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor da minha contribuição.

No caso da minha remuneração vir a superar o valor do teto do INSS, autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada. Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de **Participante Ativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido no item A.

## VI – CONTRIBUIÇÃO PARA BENEFÍCIO DE RISCO – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

Autorizo o desconto do valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) para cobertura mínima estabelecida em função da minha faixa etária dos seguintes benefícios de risco oferecidos por companhia seguradora contratada pela SP-PREVCOM, podendo esse valor ser alterado a meu critério posteriormente: ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

| Valor da Contribuição | Faixa Etária | Benefício por Morte | Benefício por Invalidez | Benefício   | Nº Processo Susep           |
|-----------------------|--------------|---------------------|-------------------------|---|-----------------------------|
| R\$ 40,00             | 14 a 35      | 307.310,98          | 288.164,67              | <b>PECÚLIO POR MORTE:</b>   | <b>15414.005367/2012-77</b> |
|                       | 36 a 40      | 186.759,01          | 219.895,29              | <b>PECÚLIO POR INVALIDEZ:</b>   | <b>15414.005364/2012-33</b> |
|                       | 41 a 45      | 110.312,59          | 165.680,47              | Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A CNPJ: 33.608.308/0001-73<br><br>Carregamento: 30%<br><br>O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de abril, pela variação do INPC/IBGE e em função da faixa etária atingida pelo participante. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização. |                             |
|                       | 46 a 50      | 62.234,38           | 111.184,65              |   |                             |
|                       | 51 a 55      | 40.024,92           | 67.769,26               |   |                             |
|                       | 56 a 60      | 28.539,03           | 38.620,69               |   |                             |
|                       | 61 a 65      | 19.571,92           | 21.140,05               |   |                             |
|                       | 66           | 14.652,41           | 14.555,54               |   |                             |
|                       | 67           | 13.237,23           | 12.837,17               |   |                             |
|                       | 68           | 11.947,26           | 11.315,42               |   |                             |
|                       | 69           | 10.782,00           | 9.969,14                |   |                             |
| 70                    | 9.735,13     | 8.779,72            |                         |   |                             |

## VII – ASSINATURAS

Declaro corretas as informações deste formulário e comprometo-me a mantê-las atualizadas junto a SP-PREVCOM, conforme § 2º do artigo 10 do Regulamento do Plano de Benefícios PREVCOM RG.

|              |                            |
|--------------|----------------------------|
|              |                            |
| Local e data | Assinatura do Participante |

### PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     |   |
| Data de Deferimento | Responsável pela Análise (carimbo e assinatura) |



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

## FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RP

| PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM  |                    |                               |                    |
|---|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| Órgão de Origem:  |                    | CNPJ:                         |                    |
| Cód. do Órgão:  | CNPB: 2013.0001-38 | Cód. Participante:            |                    |
| PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE   |                    |                               |                    |
| I - DADOS PESSOAIS  |                    |                               |                    |
| Nome:   |                    | CPF:                          |                    |
| Data de Nascimento: / /   | Nacionalidade:     | Naturalidade:                 |                    |
| Identidade:   | Data emissão: / /  | UF:                           |                    |
| Sexo:   | Estado Civil:      |                               |                    |
| Pai:  | Mãe:               |                               |                    |
| Cônjuge/companheiro(a):   |                    | CPF:                          |                    |
| II - ENDEREÇO RESIDENCIAL   |                    |                               |                    |
| Logradouro:   |                    | Nº                            | Compl.             |
| Bairro:   | CEP:               | Cidade:                       | UF:                |
| DDD/Telefone: ( )   |                    | DDD/Celular: ( )              |                    |
| E-mail:   |                    | Outros:                       |                    |
| III – DADOS FUNCIONAIS  |                    |                               |                    |
| Formação:   |                    | Nível: ( ) Superior ( ) Médio |                    |
| Cargo:  |                    | Função:                       |                    |
| Órgão:  |                    | Poder:                        |                    |
| Setor:  |                    | Data de Ingresso: / /         |                    |
| Logradouro:   |                    | Nº                            | Compl.             |
| Bairro:   | CEP:               | Cidade:                       | UF:                |
| DDD/Telefone: ( )   |                    | DDD/ Celular: ( )             |                    |
| E-mail:   |                    | Fax:                          |                    |
| IV - BENEFICIÁRIOS  |                    |                               |                    |
| Podem ser indicados como beneficiários ao PREVCOM – RP: I) cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente, do casamento ou da união estável ou homoafetiva; II) filhos menores de 21 anos não emancipados; III) enteados e menores tutelados sob dependência econômica; IV) filhos inválidos ou incapazes civilmente sob dependência econômica e V) pai e mãe na ausência dos beneficiários I, II e III, desde que comprovadamente vivam sob dependência econômica do participante. |                    |                               |                    |
| Nome Completo   | Data de Nascimento | Parentesco                    | Invalidez (S ou N) |
|   |                    |                               |                    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## V – CONTRIBUIÇÕES MENSAIS – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

### A. ( ) Sou Participante Ativo - servidor que ganha acima do teto do INSS

Solicito minha inscrição como **Participante Ativo** no Plano de Benefícios PREVCOM – RP e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS. Estou ciente que o Patrocinador acompanhará paritariamente a minha contribuição até o limite de 7,5% (sete e meio por cento) e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor de ambas as contribuições.

### B. ( ) Sou Participante Ativo Facultativo – servidor que ganha abaixo do teto do INSS

Solicito minha inscrição como **Participante Ativo Facultativo** no Plano de Benefícios PREVCOM – RP e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_) do valor da minha remuneração. Estou ciente que o Patrocinador não acompanhará paritariamente a minha contribuição e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor da minha contribuição.

No caso da minha remuneração vir a superar o valor do teto do INSS, autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada. Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de **Participante Ativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido no item A.

## VI – CONTRIBUIÇÃO PARA BENEFÍCIO DE RISCO – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

Autorizo o desconto do valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) para cobertura mínima estabelecida em função da minha faixa etária dos seguintes benefícios de risco oferecidos por companhia seguradora contratada pela SP-PREVCOM, podendo esse valor ser alterado a meu critério posteriormente: ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

| Valor da Contribuição | Faixa Etária | Benefício por Morte | Benefício por Invalidez | Benefício   | Nº Processo Susep           |
|-----------------------|--------------|---------------------|-------------------------|---|-----------------------------|
| R\$ 40,00             | 14 a 35      | 307.310,98          | 288.164,67              | <b>PECÚLIO POR MORTE:</b>   | <b>15414.005367/2012-77</b> |
|                       | 36 a 40      | 186.759,01          | 219.895,29              | <b>PECÚLIO POR INVALIDEZ:</b>   | <b>15414.005364/2012-33</b> |
|                       | 41 a 45      | 110.312,59          | 165.680,47              | Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A CNPJ: 33.608.308/0001-73<br><br>Carregamento: 30%<br><br>O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de abril, pela variação do INPC/IBGE e em função da faixa etária atingida pelo participante. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização. |                             |
|                       | 46 a 50      | 62.234,38           | 111.184,65              |   |                             |
|                       | 51 a 55      | 40.024,92           | 67.769,26               |   |                             |
|                       | 56 a 60      | 28.539,03           | 38.620,69               |   |                             |
|                       | 61 a 65      | 19.571,92           | 21.140,05               |   |                             |
|                       | 66           | 14.652,41           | 14.555,54               |   |                             |
|                       | 67           | 13.237,23           | 12.837,17               |   |                             |
|                       | 68           | 11.947,26           | 11.315,42               |   |                             |
|                       | 69           | 10.782,00           | 9.969,14                |   |                             |
| 70                    | 9.735,13     | 8.779,72            |                         |   |                             |

## VII - ASSINATURAS

Declaro corretas as informações deste formulário e comprometo-me a mantê-las atualizadas junto a SP-PREVCOM, conforme § 2º do artigo 10 do Regulamento do Plano de Benefícios PREVCOM RP.

|              |                            |
|--------------|----------------------------|
|              |                            |
| Local e data | Assinatura do Participante |

### PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     |   |
| Data de Deferimento | Responsável pela Análise (carimbo e assinatura) |