



# Diário Oficial

PODER  
Executivo

## Estado de São Paulo

Geraldo Alckmin - Governador SEÇÃO I

Palácio dos Bandeirantes Av. Morumbi 4.500 Morumbi São Paulo CEP 05650-000 Tel. 2193-8000  
Volume 123 • Número 184 • São Paulo, sábado, 28 de setembro de 2013 [www.imprensaoficial.com.br](http://www.imprensaoficial.com.br)

**imprensaoficial**  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instrução SP-PREVCOM / DEFENSORIA nº 08/2013.

Considerando a Lei nº. 14.653, de 22 de dezembro de 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 Defensoria Pública do Estado de São Paulo, expedem a seguinte instrução:

I – Fica instituído o fluxo para ingresso dos novos servidores da Defensoria Pública do Estado de São Paulo 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 ou empregado, o Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo deverá 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 SP-PREVCOM e da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, devendo ser entregue ao servidor ou empregado no momento de sua posse ou exercício em 2 (duas) vias.

3 – Caso o servidor ou empregado opte por participar do plano, deverá preencher e assinar as 2 (duas) vias e entregá-las no Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

4 – Uma via do formulário deverá ficar arquivada no prontuário do servidor ou empregado e outra ficará à cargo do Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo para realização do desconto em folha de pagamento.

5 – O Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo enviará uma via das fichas preenchidas para a SP-PREVCOM, para efeito de cadastramento em sua base de dados e efetiva inscrição no plano de benefícios.

6 – O Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo 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.

7 – A SP-PREVCOM enviará arquivo mensal ao Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo,

com as informações que, eventualmente, sejam alteradas pelo servidor ou empregado, especialmente sua alíquota de contribuição.

8 – Para os servidores e empregados da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, vinculados ao Regime Próprio de Previdência Social – RPPS, que tenham ingressado no serviço público a partir de 21 de janeiro de 2013, o mesmo procedimento deverá ser realizado por meio do Departamento de Recursos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

9 – Para os servidores e empregados da Defensoria Pública 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 da SP-PREVCOM, 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.

São Paulo, de Agosto de 2013.

Carlos Henrique Flory  
Diretor Presidente da SP-PREVCOM

Daniela Sollberger Cembranelli  
Defensora Pública-Geral

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RG  
(CNPB 2013.0002-19)**

**PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS**

Órgão de Origem:

CNPJ:

**PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE**

**I - DADOS PESSOAIS**

Nome:

CPF:

Matrícula / RE / RF / RS:

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 – 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.

No caso de não haver beneficiários aptos, o saldo da Conta Individual do Participante será dos herdeiros.

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco	Invalidez (S ou N)

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

### A. ( ) Sou Participante Ativo – servidor/empregado 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.

No caso da minha remuneração sofrer redução e ficar abaixo 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 Facultativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido a seguir no item B.

### B. ( ) Sou Participante Ativo Facultativo – servidor/empregado 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 - 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
<b>PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM</b>		
Código do Participante	Data de Deferimento	Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)

## FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RP

<b>PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS</b>	
Órgão de Origem:	CNPJ:

### PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE

#### I - DADOS PESSOAIS

Nome:			
CPF:		Matrícula / RE / RF / RS:	
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.

No caso de não haver beneficiários aptos, o saldo da Conta Individual do Participante será dos herdeiros.

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.

No caso da minha remuneração sofrer redução e ficar abaixo 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 Facultativo**, submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido a seguir no item B.

##### 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 - 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.

<b>Local e data</b>	<b>Assinatura do Participante</b>

**PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM**

<b>Código do Participante</b>	<b>Data de Deferimento</b>	<b>Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)</b>