

PUBLICADO
D.O.E. nº024 de 06/02 /2013

Instrução Conjunta SP-PREVCOM/UCRH 02/2013

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 e empregados das Autarquias e Fundações 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, SPPREVCOM.

1 – No ato da posse ou exercício do servidor ou empregado, as unidades de recursos humanos das Autarquias e Fundações 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 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 RH de sua entidade de origem.

4 – Uma via do formulário deverá ficar arquivada no prontuário do servidor ou empregado e outra será enviada à unidade responsável da entidade para realização do desconto em folha de pagamento.

5 – As Autarquias e Fundações, após a implantação do desconto em folha de pagamento, deverão remeter uma via do formulário para a SP-PREVCOM para efeito de cadastramento em sua base de dados e efetiva inscrição no plano de benefícios.

6 – As Autarquias e Fundações enviarão 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 às Autarquias e Fundações com as informações que, eventualmente, sejam alteradas pelo servidor ou empregado, especialmente sua alíquota de contribuição.

8 – Para os servidores e empregados 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.

9 – Para os servidores e empregados 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 RP e PREVCOM RG 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	PECÚLIO POR MORTE:	15414.005367/2012-77	
	36 a 40	186.759,01	219.895,29	PECÚLIO POR INVALIDEZ:	15414.005364/2012-33	
	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 Carregamento: 30% 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	PECÚLIO POR MORTE:	15414.005367/2012-77
	36 a 40	186.759,01	219.895,29	PECÚLIO POR INVALIDEZ:	15414.005364/2012-33
	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 Carregamento: 30% 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)