



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

imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instrução SP-PREVCOM / TJM nº 05/2013.

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 o Tribunal de Justiça Militar do Estado de São Paulo, expedem a seguinte instrução:

I – Fica instituído o fluxo para ingresso dos novos servidores do Tribunal de Justiça Militar 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, a Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar 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 do Tribunal de Justiça Militar 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 na Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar do Estado de São Paulo.

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

5 – A Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar 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 – A Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar 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 a Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar 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 do Tribunal de Justiça Militar 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 da Diretoria de Recursos Humanos do Tribunal de Justiça Militar do Estado de São Paulo.

9 – Para os servidores e empregados do Tribunal de Justiça Militar 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 Setembro de 2013.

Carlos Henrique Flory

Diretor Presidente da SP-PREVCOM

Juiz Orlando Eduardo Geraldi

Presidente do Tribunal de Justiça Militar do Estado de São Paulo

**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			
<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>			

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

PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM

Código do Participante	Data de Deferimento	Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)

**FICHA DE INSCRIÇÃO
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RP
(CNPB 2013.0001-38)**

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 – 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.

--	--

Local e data		Assinatura do Participante
PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM		
Código do Participante	Data de Deferimento	Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)