

## 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 (DD/MM/AAAA)	Nacionalidade	Naturalidade	
Identidade	Data de emissão (DD/MM/AAAA)	UF	
Sexo	Estado civil		
Nome do pai	Nome da mãe		
Cônjuge/companheiro(a)	CPF		

#### II. Endereço residencial

Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email			

#### III. Dados funcionais

Formação	Nível ( ) Superior ( ) Médio		
Cargo	Função		
Órgão	Poder		
Setor	Data de ingresso (DD/MM/AAAA)		
Logradouro	Número	Complemento	
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email			



#### IV. Contribuições mensais - autorização para desconto em folha

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

e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ por cento) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS.

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

e autorizo o desconto correspondente a \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ por cento) do valor da minha remuneração.

O patrocinador somente acompanha a contribuição do participante ativo até o limite de 7,5% do valor do salário de participação. No caso de alteração do valor da remuneração e da condição de participante ativo para ativo facultativo, ou vice-versa, é de inteira responsabilidade do participante a alteração da alíquota de contribuição.

#### V. Opção pelo regime de tributação do Imposto de Renda

( ) Estou ciente de que a opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda é irretratável e deve ser feita até o momento do requerimento do benefício de aposentadoria ou pensão por morte ou do resgate dos valores acumulados no plano de previdência complementar, conforme estabelecido na Lei 14.803, de 10 de janeiro de 2024.

O participante do plano de previdência complementar pode escolher entre dois regimes de tributação diferentes: progressivo ou regressivo.

O regime progressivo, de forma geral, é indicado para quem realiza contribuições de curto prazo e tem como base a mesma tabela que determina a alíquota do Imposto de Renda sobre o salário. As alíquotas variam de zero (isento) a 27,5% sobre o valor do benefício ou do resgate recebido.

Já o regime regressivo é indicado para poupança de longo prazo. Quanto maior for o prazo de acumulação, menor será a alíquota do Imposto de Renda na hora de percepção da renda mensal. As alíquotas variam de 35 a 10% dependendo do tempo de permanência no plano.

Mais informações estão disponíveis no site da Prevcom: [prevcom.com.br](http://prevcom.com.br)

#### VI. Declaração

Declaro que as informações prestadas nesta ficha de inscrição são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela sua atualização junto ao PREVCOM MT, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que houver solicitação.

Estou ciente de que a inscrição no Plano PREVCOM MT é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que minha inscrição no Plano PREVCOM MT terá efeitos a partir da data do protocolo desta ficha de inscrição.

Estou ciente de que são beneficiários do plano os dependentes do participante previstos no artigo 6º do respectivo regulamento, devendo os mesmos serem informados por meio da área restrita no site do PREVCOM MT ou do Canal de Atendimento.

Declaro que tenho ciência do inteiro teor do Estatuto da Prevcom, do Regulamento do PREVCOM MT e do material explicativo, assim como do posterior envio do Certificado do Participante quando do processamento de minha inscrição.

Declaro estar ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão normalmente expostos a riscos de mercado, e rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros.

Declaro estar ciente de que a Prevcom é pessoa jurídica de direito privado e gestora do Plano PREVCOM MT, sendo de responsabilidade do Patrocinador o repasse das contribuições contratadas.

Autorizo ao órgão de origem disponibilizar à Prevcom, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros.

Estou ciente de que os dados pessoais informados neste formulário serão coletados e tratados pela Prevcom para execução do plano de benefícios, cumprimento de obrigações legais e regulatórias e comunicação institucional, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Estou ciente de que esses dados poderão ser compartilhados com órgãos reguladores, autoridades públicas e prestadores de serviços necessários à operação da EFPC, sempre observadas as disposições legais aplicáveis.

Estou ciente de que poderei exercer os direitos previstos na LGPD, como acesso, correção e exclusão de dados pelo Formulário de **Solicitação do Titular De Dados - STD** (Consulte nossa Política de Privacidade [aqui](#)).

Local e data

Assinatura do Participante

#### PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Código do participante	Data de deferimento (DD/MM/AAAA)	Responsável pela análise (carimbo e assinatura)



## GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

### FICHA DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA

de que trata o § 2º do art. 8º da Lei 670/20

### PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM MT (CNPB 2020.0026-47)

Administrado pela Prevcom - CNPJ 15.401.381/0001-98

## PREENCHIMENTO PELO SERVIDOR

### I. Dados pessoais

Nome

CPF

Matrícula/RE/RF/RS

### II. Dados funcionais

Cargo

Função

Órgão

Poder

Setor

Data de ingresso (DD/MM/AAAA)

Email

### III. Solicitação de Cancelamento

Solicito o cancelamento de minha inscrição no Plano PREVCOM MT, nos termos do § 2º do art. 8º da Lei 670/20.

#### Declaração

Estou ciente de que o PREVCOM MT providenciará no prazo de até 60 (sessenta) dias, a restituição das contribuições descontadas, atualizadas pela variação das cotas do plano de benefícios.

Local e data

Assinatura do Participante

## PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Código do participante

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)

## DECLARAÇÃO PARA FINS DE DEFINIÇÃO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO

<b>Nome:</b>		
<b>Matrícula:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Órgão de Lotação:</b>
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____	<b>CPF:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Data de entrada em exercício no Poder Executivo do Estado de Mato Grosso:</b> ____/____/____	<b>Data de entrada em exercício em Cargo efetivo anterior ao ingresso no Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, sem interrupção (se houver):</b> ____/____/____	

Considerando o contido na Lei Complementar nº 670/2020, de 04 de setembro de 2020, que instituiu, no Estado de Mato Grosso, o Regime de Previdência Complementar (RPC) a que se referem os §§ 14, 15 e 16 do art. 40 da Constituição Federal;

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_, aprovado (a) no concurso público para o cargo de \_\_\_\_\_ no âmbito do Estado de Mato Grosso, **DECLARO** para os devidos fins que:

### **I – ( ) trata-se do meu primeiro ingresso no serviço público em cargo efetivo**

*Neste caso não é necessário o preenchimento dos próximos itens.*

*O (a) Servidor (a) será inscrito (a) no Regime Próprio de Previdência Social do Estado de Mato Grosso até o limite máximo de benefícios do Regime Geral de Previdência Social, e, se a sua remuneração for superior a esse limite, será automaticamente inscrito (a) no Plano de Previdência Complementar desde a data de entrada em exercício, conforme determina o caput do art. 8º da Lei Complementar nº 670/2020.*

*O servidor poderá requerer o cancelamento de sua inscrição, nos termos do regulamento do Plano de Benefícios, conforme previsto no § 1º do art. 8º da Lei Complementar nº 670/2020;*

*O servidor deverá observar os prazos dispostos no § 2º do art. 8º da Lei Complementar nº 670/2020, cujo teor prevê que na hipótese de o cancelamento ser requerido no prazo de até 90 (noventa) dias da data de inscrição, fica assegurado o direito à restituição das contribuições vertidas pelo participante, a ser paga em até 60 (sessenta) dias do pedido de cancelamento, conforme saldo na conta individual relativo às suas contribuições.*

*O (a) Servidor (a) cuja remuneração seja igual ou inferior ao Teto do RGPS, poderá optar por se inscrever e contribuir para o Plano de Previdência Complementar, sem a contrapartida do Estado. Neste caso, deverá assinar solicitação de ingresso por meio da “Ficha de inscrição no Plano de Benefícios do Regime de Previdência Complementar”.*

### **II – ( ) já sou contribuinte do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), com contribuição limitada ao teto aplicado para o RGPS,** referente a vínculo anterior no cargo de \_\_\_\_\_ (nome do cargo) junto ao \_\_\_\_\_ (nome do órgão, poder, ente federativo) sendo que não ocorreu a perda do vínculo efetivo até assunção do presente cargo.

Comprometo-me, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da posse, a protocolar e enviar à unidade setorial de gestão de pessoas do novo órgão de lotação, o seguinte documento:

Declaração de regime previdenciário expedida pela Unidade de Gestão de Pessoas do vínculo anterior, se ocupante de cargo efetivo, contendo as seguintes informações: cargo exercido; órgão, autarquia ou fundação pública de origem; data de posse e exercício; regime previdenciário e sua base legal; se houve adesão ao regime previdenciário complementar e; data de exoneração/vacância.

*O(a) Servidor(a) será inscrito(a) no Regime Próprio de Previdência Social até o limite máximo de benefícios do Regime Geral de Previdência Social, e será inscrito automaticamente no Plano de Previdência Complementar, caso sua remuneração exceda o teto do RGPS, conforme o art. 2º, caput e § 2º, da Lei Complementar nº 670/2020.*

*Neste caso não é necessário o preenchimento dos próximos itens.*

**III - ( ) já sou contribuinte do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) cuja contribuição não está limitada** ao teto aplicado ao RGPS, em decorrência de vínculo efetivo no cargo de \_\_\_\_\_ (nome do cargo) junto ao \_\_\_\_\_ (nome do órgão, poder, ente federativo), conforme as regras vigentes à época, **e vou tomar posse em outro cargo legalmente permitido.**

Estou ciente de que, após a implementação do plano de benefícios do RPC pela **LC nº 670/2020**, ao tomar posse neste novo cargo efetivo de \_\_\_\_\_ (cargo atual), em acúmulo ao vínculo anterior legalmente permitido, serei automaticamente inscrito(a) no **Regime de Previdência Complementar (RPC)**. Assim, a minha proteção previdenciária pelo RPPS, no novo cargo, será limitada ao teto do RGPS, sendo que o valor excedente a este limite será coberto pelo plano de previdência complementar, no qual serei automaticamente inscrito.

Declaro, ainda, estar ciente de que o meu vínculo anterior, cumulado ao novo cargo, permanece regido pelas regras do RPPS, sem limitação ao teto do RGPS, caso eu não opte voluntariamente pela migração para o RPC.

**IV - ( ) já sou contribuinte do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) cuja contribuição não está limitada** ao teto aplicado ao RGPS, em decorrência de vínculo anterior no cargo de \_\_\_\_\_ (nome do cargo) junto ao \_\_\_\_\_ (nome do órgão, poder, ente federativo) não havendo interrupção do vínculo efetivo até assunção do presente cargo. **Declaro ainda, que não estava submetido(a) ao Regime de Previdência Complementar,** conforme previsto nos §§ 14, 15 e 16 do art. 40 da Constituição Federal, e § 2º do art. 2º da Lei Complementar nº 670/2020.

*Neste caso, se a documentação estiver correta e completa o (a) Servidor (a) será inscrito (a) no “RPPS antigo”, ou seja, sem limitação ao teto do RGPS (observadas as regras previdenciárias vigentes ao tempo da aposentadoria).*

Para tanto, comprometo-me, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da posse, a protocolar e enviar à unidade setorial de gestão de pessoas do novo órgão de lotação, para fins de manutenção do meu regime de previdência anterior, o seguinte documento:

Declaração de regime previdenciário expedida pela Unidade de Gestão de Pessoas do vínculo anterior, se ocupante de cargo efetivo, contendo as seguintes informações: cargo exercido; órgão, autarquia ou fundação pública de origem; data de posse e exercício; regime previdenciário e sua base legal; se houve adesão ao regime previdenciário complementar e; data de exoneração/vacância.

Declaro estar ciente de que a ausência de apresentação da declaração acima no prazo estabelecido, tornará nula a minha inscrição no RPPS “antigo” com consequente inscrição no RPC de parte da remuneração que exceder ao teto do RGPS.

***Eventuais pedidos de prorrogação do prazo de que trata esse tópico serão admitidos, desde que sejam encaminhados pela unidade de gestão de pessoas do órgão de lotação à Secretaria Adjunta de Gestão***

***de Pagamento de Pessoal/Seplag para análise. O deferimento do pedido ficará condicionado à relevância factual e à contemporaneidade da justificativa apresentada.***

**Local e data:**

**Assinatura:**

**Assinatura RH:**