

Matricula N.

Vinculo:



FORMULÁRIO DE INGRESSO

1. DADOS GERAIS

DADOS PESSOAIS

1.1 NOME:

1.2 CPF:

1.3 DATA NASCIMENTO

1.4 ESTADO CIVIL

1.5 SEXO: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO1.6 GRUPO SANGUINEO ☐ A+ ☐ A- ☐ B+ ☐ B- ☐ AB+ ☐ AB- ☐ O+ ☐ O-

1.7 COR:

1.8 DEFICIENTE ☐ SIM ☐ NÃO

1.9 TIPO DE DEFICIENCIA

1.10 NOME DO PAI:

1.11 NOME DA MÃE:

1.12 ESCOLARIDADE:

1.13 NATURALIDADE:

1.14 NACIONALIDADE

1.15 ANO DO PRIMEIRO EMPREGO

1.16 UF DO EMPREGO ANTERIOR

2. DOCUMENTOS

REGISTRO GERAL

2.1 NÚMERO

2.2 TIPO

2.3 ÓRGÃO EXPEDIDOR

2.4 UF

2.5 DATA EXPEDIÇÃO

RG

TITULO ELEITOR

2.6 NÚMERO

2.7 ZONA

2.8 SESSÃO

2.9 UF

CARTEIRA DE HABILITAÇÃO

2.10 NUMERO

2.11 CATEGORIA

2.12 VALIDADE

2.13 UF

CARTEIRA PROFISSIONAL (Trabalho)

2.14 NÚMERO

2.15 SÉRIE

2.16 DATA EXPEDIÇÃO

2.17 UF

DOCUMENTO MILITAR (Reservista)

2.18 NÚMERO

2.19 SERIE

2.20 CATEGORIA

2.21 ÓRGÃO

2.22 UF

CERTIDÃO DE CASAMENTO

2.23 TIPO DOC

2.24 NUMERO

2.25 LIVRO

2.26 FOLHA

CERTIDÃO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO (dependentes)

2.27 TIPO DOC.

2.28 NUMERO

2.29 FOLHAS

2.30 LIVRO

CERTIDÃO

3. CONTATO PARA EMERGENCIAS

3.1 NOME

3.2 GRAU DE PARENTESCO

3.3 CELULAR

3.4 E-MAIL

4. ENDEREÇO

4.1 LOGRADOURO

4.2 NUMERO

4.3 COMPLEMENTO

4.4 BAIRRO

4.5 CIDADE

4.6 UF

4.7 CEP

4.8 FONE

4.9 CELULAR

4.10 E-MAIL

5. - DADOS BANCARIOS

5.1 BANCO

5.2 AGÊNCIA

5.3 CONTA

5.4 PIS / PASEP

BRASIL

ASSINATURA DO SERVIDOR

DECLARAÇÃO DE NAO ACÚMULO DE CARGOS PUBLICOS

Eu _____, Infra-assinado, portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, em cumprimento ao que determina os artigos 16, parágrafo 5º da Lei Complementar nº 04, de 15 de outubro de 1990 e 37, incisos XVI e XVII da Constituição da República/88, **DECLARO** para todos os efeitos legais e sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, nos termos da legislação vigente, que **NÃO ocupo ou recebo** proventos de aposentadoria de cargo, emprego ou função pública na Administração Pública Direta, Indireta, na suas subsidiárias, bem como em qualquer sociedade controlada pelo Poder Público, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO.**

Cuiabá-MT, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADE
INCOMPATÍVEL COM A NOVA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO**

Eu _____,
abaixo assinado(a), brasileiro(a) estado civil _____ portador(a)
do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, **DECLARO** para o fim específico de
ingresso no serviço público do Estado de Mato Grosso, que não sofri em
tempo algum, no exercício profissional ou de qualquer função pública,
penalidade incompatível com nova investidura em cargo público.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das
informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e
administrativa, gerando as consequências prevista na legislação vigente.

Cuiabá-MT, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu _____,
abaixo assinado(a), brasileiro(a) estado civil _____ portador(a) do
RG nº _____, _____, inscrito(a) no **CPF** sob o
nº _____, **DECLARO** para o fim específico de
ingresso no serviço público do Estado de Mato Grosso, que os bens
patrimoniais gravados em meu nome e de meus dependentes são os
seguintes:

- 1) Imóveis Urbanos (identificação/valor atual)

- 2) Imóveis Rurais (identificação/valor atual)

- 3) Veículo e Maquinas (identificação/valor atual)

- 4) Outros (Ex: Poupança, Proprietário de Empresa ou Sócio Adm.
(identificação/Razão Social e CNPJ/valor atual))

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das
Informações prestadas poderão acarretar responsabilidade civil, penal e
administrativa, gerando as consequências prevista na legislação vigente.

Cuiabá-MT, _____ de _____ de _____

DECLARANTE

Formulário do Termo de Compromisso Solene

NOME DO ÓRGÃO / ENTIDADE:

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: _____

Matrícula ou Registro Oficial: _____

TERMO DE COMPROMISSO SOLENE - TCS

Declaro conhecer o Código de Ética Funcional do Servidor Público Civil do Estado de Mato Grosso, nos termos da Lei Complementar Estadual n.º 112/2002, comprometendo-me, neste ato, com sua observância e acatamento.

Comprometo-me, ainda, a contatar a Comissão de Ética do meu órgão/entidade ou o Conselho de Ética Pública do Estado, respeitando o âmbito de atuação de cada um, no caso de dúvidas que envolvam conduta ética do agente público do Poder Executivo Estadual.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente.

Ass: _____

(Nome / Matrícula)

(Local e Data)

**Declaro ter recebido cópia do Código de Ética em formato digital por e-mail, tomando ciência do seu conteúdo.*

**DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO DE GERÊNCIA OU
ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESA PRIVADA, DE SOCIEDADE CIVIL**

Eu _____,
abaixo assinado(a), brasileiro(a) estado civil _____ portador(a)
do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, **DECLARO** para o fim específico de
ingresso no serviço público do Estado de Mato Grosso, que não participo de
Gerencia ou Administração de Empresa privada, de sociedade civil, ou
exercer comercio e, nessa qualidade, não transacionar com o Estado.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das
informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e
administrativa, gerando as consequências prevista na legislação vigente.

Cuiabá-MT, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE

DECLARAÇÃO PARA FINS DE DEFINIÇÃO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO

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

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:

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

() Opto pelo Regime de Tributação Regressiva

previsto no art. 1º da Lei nº. 11.053/04, ciente de que esta opção é irretratável, nos termos da Lei.¹

() Opto pelo Regime de Tributação Progressiva

ciente de que esta opção é irretratável, nos termos da Lei.²

() Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do próximo mês

por meio do Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação, ciente de que a ausência de manifestação escrita, ensejará no enquadramento automático no Regime de Tributação Progressiva, independente de minha assinatura.³

1. É indicado para quem planeja poupar por mais tempo. 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.

2. É indicado para quem realiza contribuições de curto prazo. 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.

3. O Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação está disponível no site do PREVCOM MT (prevcommt.com.br). O documento deve ser encaminhado via Correios, com aviso de recebimento (AR).

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.

Estou ciente de que a opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda é irretratável, não podendo ser alterada no futuro.

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.

Local e data

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DO PREVCOM MT

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