

▲ NOSSO PRESENTE É CUIDAR DO SEU FUTURO

A Funpresp-Jud foi criada pela Lei 12.618, de 30/4/2012, para administrar o Plano de Benefícios do Poder Judiciário da União, do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público.

▲ A QUEM SE DESTINA?

Aos membros e servidores públicos **efetivos** do Poder Judiciário da União, do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público, que podem se inscrever como:

- **Participante Patrocinado:** aquele que tomou posse a partir de 14/10/2013 ou que migrou do regime da integralidade ou média remuneratória para o novo regime, no qual os proventos da aposentadoria estão limitados ao teto do benefício estabelecido para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS); ou
- **Participante Vinculado:** aquele que está submetido aos regimes próprios anteriores de integralidade ou média remuneratória, mas pretende investir em previdência complementar para manter seu padrão de vida e ter uma renda adequada na aposentadoria.

▲ COMO PREENCHER

Este formulário poderá ser preenchido diretamente no computador (PDF editável).

O membro ou servidor que entrar em exercício, a partir de 5/11/2015, será inscrito automaticamente no plano. Nessa hipótese, utilizar o formulário de “informações complementares da inscrição automática”.

Para se inscrever, informe:

- O percentual de contribuição e, no caso de participante vinculado, a remuneração de participação;
- O percentual de contribuição facultativa, se desejar;
- O regime de tributação;
- Se é pessoa politicamente exposta.

O formulário deverá ser impresso e entregue à área de pessoal do Órgão ou à Funpresp-Jud.

A responsável da área Gestão de pessoas ou da Funpresp-Jud preencherá os campos:

- Data de inscrição no plano, que é igual a data do protocolo;
- Enquadramento do servidor;
- Carimbo e assinatura do responsável da área de pessoal ou da Funpresp-Jud.

Para saber mais, entre em contato:

sap@funprespjud.com.br

Tel: (61) 3217-6598

CNPB 2013.0017-38		Órgão Patrocinador	Data de ingresso no serviço público anterior (sem interrupção)	
Cargo efetivo			Data de exercício no cargo efetivo atual	
Nome completo (sem abreviações)				Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Data de nascimento	Nacionalidade	Estado civil		CPF
Endereço completo			Cidade	
UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular

E-mails (institucional e pessoal)

Dados dos beneficiários* : Nome completo (sem abreviações)	Vínculo/Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Inválido/Deficiente
		__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		__/__/____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

***Beneficiários:** o **cônjuge** ou **companheiro(a)**; os **filhos** ou **enteados(as)** até **21 anos de idade**, ou se **inválidos(as)** ou com deficiência intelectual ou mental, que os(as) tornem absoluta ou relativamente incapazes, enquanto durar a invalidez ou a incapacidade.

PARTICIPANTE PATROCINADO: escolho a alíquota de: 8,5% 8,0% 7,5% 7,0% ou 6,5%.

OPTO pela inclusão das seguintes parcelas remuneratórias na minha base de contribuição: **retribuição pelo exercício de cargo em comissão ou função de confiança**, **local de trabalho**, **gratificação por exercício cumulativo de jurisdição ou ofícios** e/ou **outra(s)**, especificar: _____.

PARTICIPANTE VINCULADO: escolho o percentual de _____%, que incidirá sobre a remuneração de participação de _____. O percentual não poderá ser inferior a **6,5%** ou superior a **22%**, observado o intervalo de **0,5%**, e incidirá sobre a remuneração de participação escolhida, que não poderá ser inferior a **10 URP's** (Unidade de Referência do Plano) ou superior a totalidade de sua base de contribuição.

CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA: opto pela inclusão e escolho o percentual de _____% (mínimo de **2,5%**).

REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA: A opção poderá ser realizada **até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate**, pelo formulário "Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda", nos termos da nova redação do § 6º do art. 1º da Lei 11.053/2004. Estando ciente de que, feita a opção, esta é **irretratável** e não poderá ser alterada posteriormente.

PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE: Sim Não. A pessoa natural que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 anos anteriores, cargo, emprego ou função pública relevantes, inclusive funções relevantes em organizações internacionais. Assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo (**membros do STF, CNJ, STJ, TST, CSJT, TSE, STM, TRFs, CJF, TRTs, TRES e CNMP; PGR, Subprocuradores-Gerais da República, PGT, PGJM, PGJ do DF e Presidente do TJDF; detentores de mandato eletivo federal, estadual, municipal e distrital; presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta**). Se a resposta for **sim**, preencher e assinar o "Termo Especial de Pessoa Exposta Politicamente" (Instrução PREVIC 34/2020 e Resolução COAF 40/2021).

AUTORIZO o desconto das contribuições em folha de pagamento e a disponibilização dos meus dados cadastrais e financeiros à Funpresp-Jud.

DECLARO estar ciente de que a adesão no Plano é facultativa e terá efeitos a partir da data do protocolo na área de pessoal do Órgão Patrocinador ou na Funpresp-Jud; dos termos do Estatuto da Funpresp-Jud, do Regulamento do Plano de Benefícios e do material explicativo; e de que investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado e que a rentabilidade obtida no passado não garante os resultados futuros. **DECLARO**, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes sempre que solicitados.

_____, ____/____/____.

Local e data

Assinatura do(a) interessado(a)

Dados a serem preenchidos pelo Responsável da Área de Pessoal ou da Funpresp-Jud:

Data de inscrição no plano:

_____, ____/____/____.

Local e data do protocolo

Informar o regime previdenciário atual:

RPPS integral; ou

RPPS limitado ao teto

Carimbo e assinatura do responsável

Encaminhar/entregar a ficha à área de pessoal (a via original protocolada à Funpresp-Jud, uma cópia protocolada ao participante e outra cópia arquivada nos seus assentamentos funcionais)