

ANEXO I
TERMO DE OPÇÃO PELO REGIME DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO
ESTADO DE MATO GROSSO

EXCELENTÍSSIMO DESEMBARGADOR PRESIDENTE DO NÚCLEO DE PREVIDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO	
NOME:	
MATRÍCULA:	CPF:
LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	E-MAIL:
Venho à presença de Vossa Excelência manifestar a opção pelo Regime de Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso, nos termos do § 16 do art. 40 da Constituição Federal; do art. 2º, § 2º, da Lei Complementar n. 670, de 04 de setembro de 2020 e das Resoluções nºs 49/2023 e 62/2023, ambas do Conselho de Previdência do Estado de Mato Grosso.	
Quanto à compensação de que trata o art. 2º da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência do Estado de Mato Grosso, registro a minha preferência por: () recebê-la em conta individual capitalizada a ser aberta em meu nome pela PREVCOM MT; () recebê-la na mesma conta em que recebo os meus subsídios do Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso.	
Declaro estar ciente de que: I – a opção pelo Regime de Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso é livre, irrevogável e irretroatável, não sendo devido pelo Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso qualquer contrapartida e/ou ressarcimento além da compensação definida no art. 2º da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência; II – a compensação definida no art. 2º da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência será paga em consonância com os espaços orçamentários do Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso; III – a preferência manifestada no presente Termo de Opção em relação à conta na qual receberei a compensação de que trata o art. 2º da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência, não poderá ser alterada após protocolá-lo; IV – o presente Termo de Opção deve ser protocolado impreterivelmente até o dia 31 de outubro de 2024 , exclusivamente pelo Portal de Magistrados ou de Servidores, conforme a situação, de modo que caso seja encaminhado de forma diversa ou fora desse prazo, não será dado o processamento; V – a ficha de inscrição na PREVCOM MT, devidamente preenchida e assinada, deve acompanhar o presente Termo de Opção no momento do seu protocolo; VI – a opção pelo Regime de Previdência Complementar produz efeitos a partir da data de protocolo do Termo de Opção, de modo que as providências internas serão adotadas considerando esse marco temporal; VII - caso o Termo de Opção seja protocolado após o fechamento da folha de pagamento da instituição, os valores resultantes da diferença de alíquota da contribuição previdenciária serão restituídos na folha subsequente; VIII – meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela instituição, inclusive compartilhados com a PREVCOM MT, no meu interesse próprio, decorrente do presente Termo de Opção pelo Regime de Previdência Complementar do Estado, nos termos da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).	
_____/MT, ____ de _____ de 20 ____	
_____ Assinatura	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
FICHA DE INSCRIÇÃO // PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM MT
(CNPB 2020.0026-47) **ATIVO ANTERIOR**

Administrado pela Prevcom - CNPJ 15.401.381/0001-98

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 <input checked="" type="radio"/> Superior <input type="radio"/> 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 Anterior - servidor que ingressou no serviço público antes da vigência do regime de previdência complementar e autorizo o desconto correspondente a _____ % (_____ por cento) do valor da minha remuneração.

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 irrevogável 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

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 o preenchimento da presente ficha de inscrição não equivale ao exercício da opção prevista no § 16 do artigo 40 da Constituição Federal.

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 meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela Prevcom para administração do plano de benefícios, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 e com a Política de Privacidade da fundação, disponível no site prevcom.com.br/politicas.

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)