

ANEXO I

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

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DEFENSORA PÚBLICA-GERAL

NOME:

MATRÍCULA:

CPF:

LOTAÇÃO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-
MAIL:

Manifesto a opção por migrar para o Regime Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso, nos termos do § 16 do art. 40 da Constituição Federal; do art. 2º, § 2º, da Lei Complementar nº 670, de 04 de setembro de 2020; da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência; e do art. 2º da Resolução nº ____/2023/DPG.

Quanto à compensação de que trata o art. 2º da Resolução nº 49/2023 do Conselho de Previdência e o art. 4º da Resolução nº ____/2023/DPG, registro a minha preferência por:

() recebê-la em conta individual capitalizada a ser aberta em meu nome junto ao Regime de Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso;

() recebê-la na mesma conta em que recebo os meus subsídios da Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso.

Declaro estar ciente de que:

I - a opção por migrar para o Regime de Previdência Complementar do Estado de Mato Grosso é livre, irrevogável e irretroatável, não sendo devido pela DPMT 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 da Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso, na forma descrita no art. 4º da Resolução nº ____/2023/DPG

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 e o art. 4º da Resolução nº ____/2023/DPG, não poderá ser alterada após protocolá-lo;

IV - o presente Termo de Opção deve ser protocolado impreterivelmente até o dia 31 de dezembro de 2023, exclusivamente por meio do sistema de protocolo eletrônico destinado à Diretoria da Gestão de Pessoas, 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 por migrar para o 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

Superintendência da Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso
Rua Júlio Domingos de Campos - Centro Político Administrativo | CEP 78050-970 | Cuiabá, MT

Código de autenticação: f522477c

Consulte a autenticidade do código acima em https://homolog.iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar