

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Recursos Humanos**

**REGIME DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – TERMO DE CIÊNCIA  
(Preenchimento Obrigatório)**

<b>I - IDENTIFICAÇÃO:</b>			
Matrícula	Nome		
Cargo	Sigla da Função		
Município PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS	Data da Posse	Remuneração Bruta	Vínculo
Gestão	Início do Convênio: 09/08/2022	Unidade Administrativa	

**DADOS PESSOAIS:**

Endereço			Nº	
Complemento		Bairro		
Cidade		Estado	CEP	
Estado Civil	Sexo	Data Nascimento	Deficiência – Observação	
E-mail		Telefone	Celular	Contato

**DOCUMENTAÇÕES:**

CPF	RG Nº	RG Emissão	RG Órgão	RG UF:
-----	-------	------------	----------	--------

**ANÁLISE FUNCIONAL – DECLARAÇÃO DE VÍNCULO ESTATUTÁRIO:**

Informações para cadastramento de vínculo previdenciário para inclusão no ato admissional:

**Pedirá exoneração de ente Federativo em Regime Estatutário?**

**Em caso de SIM, responda as questões abaixo e apresente os documentos comprobatórios exigidos na Ciência:**

Órgão			
Matrícula	Cargo		
Data da Posse	Data da Exoneração	Situação Atual	Observação:

**DATA DA EXONERAÇÃO = DATA DA POSSE = REGIME PREVIDENCIÁRIO ANTERIOR A 09/08/2022**

**DATA DA EXONERAÇÃO ≠ DATA DA POSSE = REGIME PREVIDENCIÁRIO POSTERIOR A 09/08/2022**

**II - CIÊNCIA:**

Declaro que, em cumprimento ao disposto nos §§ 14 a 16 do artigo 40 da Constituição Federal do Brasil, tomei ciência que o valor dos benefícios de aposentadoria e pensão devido pelo Instituto de Previdência de Angra dos Reis – AngraPrev aos servidores públicos titulares de cargos efetivos de quaisquer dos Poderes, incluídas suas autarquias e fundações, que ingressarem no serviço público do Município de Angra dos Reis a partir de **09 de agosto de 2022**, data de início da vigência do Regime de Previdência Complementar de que trata a **Lei Municipal nº 4.008**, de 05 novembro de 2021, não poderá superar o limite máximo dos benefícios pagos pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

Declaro possuir conhecimento quanto as informações disponibilizadas no portal do servidor no link: <https://portaldoservidor.angra.rj.gov.br/>, no menu de Previdência Complementar, que disponibiliza o ativo facultativo e patrocinado, bem como todas as informações necessárias para minha adesão. Encontro-me ciente ainda, quanto a obrigatoriedade da inclusão deste Regime em caso de remuneração acima do teto Previdenciário, firmando o compromisso de procurar esclarecimentos junto a esta Fundação em caso de dúvidas quanto aos planos a serem aderidos.

Declaro estar ciente que, apenas será possível utilizar os **direitos previdenciários anteriores a 09/08/2022**:

Caso possua vínculo estatutário oriundo de ente federativo, cujo desligamento ocorrer na mesma data do ato de minha posse, não havendo lapso temporal de minha exoneração até o ato de posse neste Município.

Para tal, torna-se necessário, o cumprimento do seguinte procedimento operacional:

Apresentar minha **Certidão de Tempo de Serviço**, dentro do prazo de 30 (trinta) dias após a posse, em caso de descumprimento haverá suspensão de minhas verbas até regularização.

Contudo, comprometo-me a prestar informações claras e verdadeiras e ainda a apresentar certidão de tempo de serviço, no caso de já ter ocupado cargo efetivo em outro órgão público, para realização da devida análise e inclusão de vínculo junto a Previdência.

Declaro ainda que fui informado das características e benefícios do **Plano MUNICÍPIOS-CD**, que está disponível a todos os Servidores Públicos do Município de Angra dos Reis, por meio do convênio de adesão firmado entre a Prefeitura e a Fundação de Previdência Complementar do Estado do Rio de Janeiro – RJPrev.

Angra dos Reis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor(a) Empossado(a)



**PREVIDÊNCIA  
COMPLEMENTAR  
NADA CONSTA**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Recursos Humanos**

**PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – NADA CONSTA**

CPF:  NOME:

CARGO EFETIVO DO CERTAME:

ORIUNDO DE ENTIDADE PÚBLICA:  Sim  Não

Em caso NEGATIVO, desconsiderar as informações do Item 1 e marcar apenas o Item 2.

**ITEM 1 - DADOS DA ENTIDADE PÚBLICA DE ONDE SOU ORIUNDO:**

ENTIDADE:  REGIME:

DATA DE ADMISSÃO:  CARGO:

Em caso de **NÃO acumulo** de matrícula:

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO: Certidão de Tempo de Contribuição e esta Declaração de Nada Consta.

DATA DE SAÍDA:  TIPO DA SAÍDA:  Afastamento  Exoneração

DESCREVA O AFASTAMENTO:

Nº DO PROTOCOLO QUE IMPETROU A SAÍDA:

Em caso de **ACUMULO** de matrícula:

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO: Certidão de Tempo de Contribuição, Declaração de Acumulo e esta Declaração de Nada Consta.

MATRICULA:  CARGO:

**ITEM 2 – DECLARAÇÃO/CERTIFICAÇÃO:**

Em atendimento ao disposto na Emenda Constitucional nº 103 de 29 de maio de 2001 e do art. 40 § 16 da Constituição Federal:

**DECLARO:**

- DECLARO que ATUALMENTE CONTRIBUO para o regime GERAL de Previdência Social RGPS (INSS).
- DECLARO que ATUALMENTE CONTRIBUO para o regime PROPRIO de Previdência RPPS.
- DECLARO que ATUALMENTE CONTRIBUO para o regime PROPRIO de Previdência RPPS, sujeito a Previdência COMPLEMENTAR com o TETO do RGPS.
- DECLARO que ATUALMENTE NÃO CONTRIBUO para o regime de Previdência.

**CERTIFICO:**

- CERTIFICO que fiz a OPÇÃO pela Previdência COMPLEMENTAR em minha entidade.
- CERTIFICO que NÃO fiz a opção pela Previdência COMPLEMENTAR em minha entidade.

DECLARO estar ciente que, serei inserido no regime de PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR em caso de NÃO comprovação de contribuição previdenciária contínua no ato admissional ou na identificação de qualquer INTERRUPÇÃO de tempo, através da documentação apresentada.

As documentações requeridas NÃO serão utilizadas para averbação de tempo e SIM para análise administrativa.

Angra dos Reis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Candidato(a)