



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO.
REITORIA

TERMO DE CIÊNCIA PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

Eu _____,
CPF _____ declaro estar de ciente de que, conforme art.
4º, §2º da lei 13.183 de 04 de novembro de 2015, caso minha remuneração seja
superior ao limite máximo estabelecido pelo Regime Geral da Previdência Social
(R\$5.531,31 em 2017) estarei automaticamente inscrito no Plano de Previdência
Complementar do Governo Federal desde a data de entrada em exercício.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)

Observações: A própria lei 13183/2015 trata das hipóteses de cancelamento dessa adesão compulsória:

§ 3º Fica assegurado ao participante o direito de requerer, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição, nos termos do regulamento do plano de benefícios.

§ 4º Na hipótese do cancelamento ser requerido no prazo de até noventa dias da data da inscrição, fica assegurado o direito à restituição integral das contribuições vertidas, a ser paga em até sessenta dias do pedido de cancelamento, corrigidas monetariamente.

Para detalhamento acerca do Plano de Previdência Complementar do Serviço Público Federal, acesse o site www.funpresp.com.br ou procure o Núcleo de Cadastro de Benefícios do IF Baiano.

O cancelamento pode ser requerido através do canal Fale Conosco do site da Funpresp.