

REQUERIMENTO DE CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA / AUTÔNOMA

Pessoais	Nome do(a) servidor(a)		
	RG/órgão expedidor		CPF
	E-mail		
	Endereço completo (Rua, nº, Compl, Bairro, Cidade)		CEP:
	Telefones		

Afastamento	Entidade empregadora		
	Cargo ocupado		Data Adm.
	Tipo de provimento <small>Efetivo/Comissão)</small>		Secretaria
	Proc. Administrativo nº		Portaria n.º
	Data de Início		Prazo
	Base de contribuição	R\$	

T. Opção	Recebida todas as orientações quanto à opção como contribuinte facultativo (previdência) e/ou contribuinte autônomo (assistência à saúde), OPTO:		
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO pela contribuição autônoma à Assistência à Saúde <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO pela contribuição facultativa ao Regime Próprio de Previdência Social		

Declarações	DECLARO para os devidos fins, especialmente para esta opção que estou ciente que:		
	I - É irrevogável a opção como contribuinte autônomo (Assistência à Saúde) ou facultativo (Previdência);		
	II - Sujeito-me as responsabilidades, direitos e deveres previstos na Lei n.º 4.725/05, Lei n.º 6.856/17 e no Regulamento de Assistência à Saúde do SEPREV;		
	III - Todas as contribuições mensais eventualmente não pagas serão devidamente cobradas com juros e correção monetária, podendo serem descontadas automaticamente em minha folha de pagamento na ocasião do meu retorno ao trabalho ou em minha rescisão no caso de exoneração;		
	IV - A falta de pagamento implicará na suspensão imediata e automática dos serviços de saúde, até a sua regularização; e		
	V - Informo ainda estar ciente das seguintes informações: a) o(s) valor(es) da(s) contribuição(ões) mensal(is) será(ão) calculado(s) sobre a última base de contribuição, reajustado(s) quando houver alterações gerais na legislação aplicável; b) eventuais coparticipações serão somadas ao valor da contribuição mensal para o devido pagamento; e c) a(s) contribuição(ões) será(ão) paga(s) através de boleto bancário, que será enviado mensalmente no e-mail do contribuinte ou por carta, para pagamento em qualquer agência bancária até do dia do seu vencimento.		

Data:	Assinatura
--------------	-------------------

Para uso exclusivo do SEPREV:

Data, carimbo e assinatura do responsável pela conferência inicial dos documentos

Documentos

- Último recibo de pagamento (holerite) - não será aceito o holerite referente ao 13º salário;
- Ato administrativo que comprove o afastamento; e/ou
- Outros documentos que comprovem o afastamento, especialmente relativo ao INSS, no caso de servidores comissionados.
- Outro(s):