



Outubro de 2020

ORIENTAÇÕES E PROCEDIMENTOS PARA PARTICIPANTES

SUPREV



Sumário

1. PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS PELOS PARTICIPANTES	4
2. INSCRIÇÃO NOS PLANOS DE BENEFÍCIOS	4
2.1. Objetivo	4
2.2. Abrangência	4
2.3. Normas para Inscrição nos Planos	4
2.4. Procedimentos para inscrição ou não nos Planos de Benefícios	5
2.5. Formulário – Inscrição nos Planos de Benefícios	5
3. ATUALIZAÇÃO CADASTRAL	11
3.1. Objetivo	11
3.2. Abrangência	11
3.3. Normas para Atualização Cadastral	11
3.4. Procedimentos para Atualização Cadastral	11
3.5. Formulário – Atualização Cadastral	12
4. CONTRIBUIÇÃO	14
4.1. Objetivo	14
4.2. Abrangência	14
4.3. Normas para Efetivação de Contribuição	14
4.4. Contribuição Mensal Voluntária	14
4.5. Formulário - Contribuição Mensal Voluntária	15
4.6. Alteração Contribuição Mensal Voluntária	16
4.7. Formulário – Alteração Contribuição Mensal Voluntária	17
4.8. Recibo	18
4.9. Extrato de Conta do Participante	20
5. REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS	21
5.1. Objetivo	21
5.2. Abrangência	21
5.3. Procedimentos dos Participantes e beneficiários para Requerimento de Benefício de Aposentadoria, Pensão por Morte e Pecúlio por Morte	21
5.4. Formulário para Requerimento de Benefício	22
5.5. Formulário para Requerimento de Benefício de Pensão e Pecúlio por Morte	24
5.6. Formulário para Requerimento de Reversão de Benefício	26



5.7. Formulário para Declaração de Dependentes para fins de Imposto de Renda na Fonte	27
5.8. Documentos necessários para requerimento de Benefícios.....	28
6. DESLIGAMENTO DE PARTICIPANTES DA PATROCINADORA.....	30
6.1. Objetivo	30
6.2. Abrangência	30
6.3. Normas Básicas quando do Desligamento do Participante da Patrocinadora	30
6.4. Procedimentos dos Participantes quando do Desligamento da Patrocinadora.....	31
6.5. Formulário - Demonstrativo de Opções	32
6.6. Formulário - Solicitação de Manutenção ou Cancelamento de Inscrição	33



1. PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS PELOS PARTICIPANTES

Este documento visa divulgar os fluxos e procedimentos a serem realizadas pelos Participantes, Assistidos, Pensionistas e Dependentes, vinculados aos Planos de Benefícios administrados pela SUPREV, para a tomada de medidas necessárias. Seu conteúdo busca consolidar as ações a serem realizadas para o cumprimento das disposições legais, estatutárias e as contidas nos Regulamentos dos Planos de Benefícios.

Todas as disposições objetivam o cumprimento maior da Entidade que é o Previdenciário.

Os procedimentos contidos neste documento estão apresentados de forma a serem aplicados a todos os Planos de Benefícios da SUPREV.

2. INSCRIÇÃO NOS PLANOS DE BENEFÍCIOS

2.1. Objetivo

Estabelecer normas e procedimentos quanto à inscrição de novos funcionários admitidos nas Patrocinadoras nos Planos de Benefícios oferecidos por intermédio da SUPREV.

2.2. Abrangência

Aplica-se aos novos funcionários das Patrocinadoras

2.3. Normas para Inscrição nos Planos

Tornam-se Participantes do Plano de Benefícios todos os funcionários de todas as Patrocinadoras, a partir da data de sua opção, que formalize sua adesão a SUPREV.



2.4. Procedimentos para inscrição ou não nos Planos de Benefícios

- Receber da Patrocinadora, no ato de sua admissão, os exemplares do Estatuto, Regulamento Básico e Regulamento do Plano de Benefícios, além de informações adicionais a respeito, e o formulário “Manifestação de Inscrição”.
- Preencher o formulário “Manifestação de Inscrição” em uma única via e no ato de sua admissão, conforme exemplo a seguir, optando por participar ou não no Plano de Benefícios.
 - a) Se optar por participar no Plano de Benefícios:
 - a. Autorizar o desconto relativo ao percentual escolhido de contribuição, que será efetuado mensalmente em folha de pagamento, ou o percentual fixado no Plano Anual de Custeio.
 - b) Se optar por não participar no Plano de Benefícios:
 - a. O funcionário deverá estar ciente de que não terá qualquer direito aos benefícios assegurados pelo Plano de Benefícios da Patrocinadora, mantido junto a SUPREV.
- Apor sua assinatura no campo apropriado do formulário “Manifestação de Inscrição”.
- Enviar o formulário “Manifestação de Inscrição” devidamente preenchido e assinado à Patrocinadora.
- Obter a confirmação da sua inscrição no Plano de Benefícios, através de efetivação do débito, em folha de pagamento, do valor de sua contribuição correspondente ao percentual escolhido ou aquele fixado no Plano Anual de Custeio.

2.5. Formulário – Inscrição nos Planos de Benefícios

Manifestação de Inscrição

Manifesto:

- 1) **Adesão ao Plano de Benefícios**
 2) **Não adesão ao Plano de Benefícios**

Nome 2 Registro do Funcionário 3 N.º de inscrição 4

Empresa Patrocinadora: 5 Código da Patrocinadora 6

Data de Admissão 7 Salário Atual 8 Local de Trabalho 9 Setor 10

Data de Nascimento 11 Sexo 12 Estado Civil 13 Grau de Instrução 14
 Masculino Feminino

N.º Série da Carteira Profissional 15 N.º Documento Identidade - RG / Órgão Emissor 16 N.º do CPF 17

Endereço Residencial 18 N.º 19 Apto 20

Bairro 21 CEP 22 Cidade 23 Estado 24

DDD - Telefone 25 Nome do banco em que mantém conta corrente 26 N.º Banco 27

Nome da Agência 28 N.º da Agência 29 N.º da Conta Corrente 30

Nome do Pai 31 Nome da Mãe 32

Nome do Cônjuge 33

Tempo sujeito a Previdência Oficial, Serviço Militar e outras vantagens

Empresa ou Entidade	Admissão/Incorporação	Saída/Baixa
28		

Relação de Dependentes

Nome	Grau de parentesco	Sexo	Data de nascimento
29			

Opto em contribuir com _____% de meu salário bruto mensal, inclusive o 13º salário mais _____% de contribuição voluntária, para o Plano de Benefícios da empresa Patrocinadora acima citada. 30

O signatário, prestando as informações supra pelas quais se responsabiliza, requer sua inscrição como participante do plano de benefícios, e declara que recebeu neste ato, um exemplar do Estatuto, Regulamento Básico e Regulamento do Plano de Benefícios, administrado pela SUPREV e autoriza desde já a patrocinadora descontar de sua remuneração (inclusive 13º salário) na folha de pagamento, a contribuição mensal correspondente.

Data 31 Assinatura _____

Patrocinadora 32 SUPREV 33



Preenchimento Formulário – Inscrição nos Planos de Benefícios

- (1) Indicar com um “x” a adesão ou não adesão ao Plano
- (2) Nome do funcionário
- (3) Nº do registro do funcionário na Patrocinadora
- (4) Nº de inscrição - será preenchido pela SUPREV
- (5) Razão Social da empresa à qual o funcionário está vinculado
- (6) Código da empresa Patrocinadora - preenchido pela SUPREV
- (7) Data de admissão do funcionário na empresa Patrocinadora
- (8) Informar salário atual
- (9) Informar o local de trabalho do funcionário
- (10) Informar a unidade e o departamento do funcionário
- (11) Data de nascimento do funcionário
- (12) Indicar com um “x” o sexo
- (13) Estado civil do funcionário
- (14) Grau de Instrução do funcionário
- (15) Nº e série da Carteira Profissional do funcionário
- (16) Nº do documento de identidade - órgão emissor - RG do funcionário
- (17) Nº do CPF do funcionário
- (18) Endereço residencial completo do funcionário (rua, nº, complemento, bairro, CEP, cidade e estado)
- (19) DDD e telefone do funcionário
- (20) Nome do banco que mantém conta corrente
- (21) Nº do banco
- (22) Nome da Agência



(23) Nº da Agência

(24) Nº da conta corrente do funcionário

(25) Nome do Pai do funcionário

(26) Nome da Mãe do funcionário

(27) Nome do cônjuge

(28) Informar o nome da(s) empresa(s) ou entidade(s) à(s) qual(is) o funcionário esteve vinculado, contendo a data de entrada e data de saída de cada empresa informada

(29) Informar nome, grau de parentesco, sexo e data de nascimento dos dependentes


(30) Indicar o percentual de contribuição normal e voluntária, no caso de adesão ao plano, ou o percentual fixado no Plano Anual de Custeio.


(31) Colocar data e assinatura do funcionário

(32) Assinatura da Patrocinadora a qual o funcionário está vinculado

(33) Assinatura da SUPREV

OBS.: No caso de manifestação for de NÃO ADESÃO, somente preencher os campos de nº 2, 5, 31, 32 e 33.

	Manifestação de Inscrição	Folha 1/2			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Manifesto:</td> <td style="width: 40%;">Adesão ao Plano de Benefícios</td> <td style="width: 40%;">Não adesão ao Plano de Benefícios</td> </tr> </table>			Manifesto:	Adesão ao Plano de Benefícios	Não adesão ao Plano de Benefícios
Manifesto:	Adesão ao Plano de Benefícios	Não adesão ao Plano de Benefícios			
Nome		Registro do Funcionário			
Nome		N.º de Inscrição			
Empresa Patrocinadora:		Código da Patrocinadora			
		Ocupação Profissional			
Data de Admissão	Salário Atual	Local de Trabalho			
		Sector			
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil			
	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Grau de Instrução			
N.º Série da Carteira Profissional	N.º Documento Identidade - RG / Órgão Emissor e Data de Emissão				
	N.º do CPF				
Endereço Residencial		N.º Apto			
Bairro	CEP	Cidade			
		Estado			
DDD - Telefone	Naturalidade	Nacionalidade			
Nome do Pai	Nome da Mãe				
Nome do Cônjuge					
Tempo sujeito a Previdência Oficial, Serviço Militar e outras vantagens					
Empresa ou Entidade	Admissão/Incorporação	Saída/Baixa			
Relação de Dependentes					
Nome	Grau de parentesco	Sexo	Data de nascimento		
<p>Opto em contribuir com _____% de meu Salário de Participação, como Contribuição Normal, para o Plano de Benefícios DME - II. O signatário, prestando as informações supra pelas quais se responsabiliza, requer sua inscrição como participante do plano de benefícios, e declara que recebeu neste ato, um exemplar do Estatuto, Regulamento Básico, Regulamento do Plano de Benefícios DME - II e Material Explicativo, administrado pela Suprev Fundação Multipatrocinada de Suplementação Previdenciária e autoriza desde já a patrocinadora descontar de sua remuneração na folha de pagamento, a (s) contribuição (ões) mensal (is) correspondente (s).</p>					
Opção pela Tributação do Imposto de Renda (assinalar com "X" a opção)					
<input type="checkbox"/> Formalizo minha opção pelo regime da Tabela Regressiva, previsto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 11.053, de 29 de dezembro de 2004, ficando ciente de que essa minha opção é feita em caráter irrevogável.					
<input type="checkbox"/> Ciente do regime tributário previsto nos artigos 1.º e 2.º da Lei n.º 11.053, de 29 de dezembro de 2004, manifesto minha decisão de manter o regime tributário pela Tabela Progressiva.					
Data	Assinatura				
Patrocinadora	SUPREV				

	Manifestação de Inscrição	Folha 2/2
---	----------------------------------	-----------

Enquadramento como **"Pessoa politicamente exposta"** nos termos da Instrução n.º 26 de 1.º de setembro de 2008.

1. Neste campo o participante declara se está desempenhando ou se desempenhou, nos últimos cinco anos, contados a partir do início da relação com a SUPREV, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo emprego ou função pública relevante, compreendendo os órgãos e cargos, inclusive os que demandam mandatos eletivos, junto a entidades da Administração Direta ou Indireta e, também, junto aos Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, abrangendo, para esse fim, as esferas Federal, Estadual e Municipal.

Sim	Não
-----	-----

Em caso positivo, cite no campo a seguir seu enquadramento com base em um ou mais de um dos itens descritos no campo **"Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras"**

Item(ns) :

2. Neste campo o participante declara se algum de seus familiares (pai – mãe – filho – filha – cônjuge – companheiro – companheira – enteado – enteada) exercem ou exerceram, nos últimos cinco anos, contados a partir do início da relação do participante com a SUPREV, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo emprego ou função pública relevante, compreendendo os órgãos e cargos, inclusive os que demandam mandatos eletivos, junto a entidades da Administração Direta ou Indireta e, também, junto aos Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, abrangendo, para esse fim, as esferas Federal, Estadual e Municipal.

Sim	Não
-----	-----

Em caso positivo, cite no campo a seguir o nome e seu enquadramento com base em um ou mais de um dos itens descritos no campo **"Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras"**

1 - Nome	Item (ns)
2 - Nome	Item (ns)
3 - Nome	Item (ns)

Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras

Item	Descrição
1 -	Os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União.
2 -	Os ocupantes de cargos no Poder Executivo da União:
2.1 -	de Ministro de Estado ou equiparado;
2.2 -	de natureza especial ou equivalente;
2.3 -	de Presidente, Vice – Presidente e diretor ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de Economia mista; e
2.4 -	do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores – DAS, nível 6, e equivalentes.
3 -	Os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores.
4 -	Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal.
5 -	Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União.
6 -	Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal.
7 -	Os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Data	Assinatura
Patrocinadora	SUPREV



3. ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

3.1. Objetivo

Estabelecer procedimentos a serem adotados pelos Participantes, quanto à atualização de seus dados cadastrais.

3.2. Abrangência

Aplica-se aos Participantes, Assistidos, Pensionistas e Dependentes.

3.3. Normas para Atualização Cadastral

É responsabilidade dos participantes informar a SUPREV toda e qualquer alteração de dados cadastrais ocorrida, responsabilizando-se pelas informações prestadas.

3.4. Procedimentos para Atualização Cadastral

- Preencher o formulário “Atualização de Dados Cadastrais”, em uma única via, informando toda e qualquer alteração de dados ocorrida.
- Enviar a via única do formulário “Atualização de Dados Cadastrais” a SUPREV.

3.5. Formulário – Atualização Cadastral

ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome 1
 Registro do Funcionário 2
 N.º de Inscrição 3

Empresa Patrocinadora: 4
 Código da Patrocinadora: 5

Data de Admissão _____ Local de Trabalho _____ Setor _____

Data de Nascimento _____ Sexo Masculino Feminino Estado Civil _____ Grau de Instrução _____

N.º Série da Carteira Profissional _____ N.º Documento Identidade - RG / Órgão Emissor _____ N.º do CPF _____

Endereço Residencial _____ N.º _____ Apto _____

Bairro _____ CEP _____ Cidade _____ Estado _____

DDD - Telefone _____ Nome do banco em que mantém conta corrente _____ N.º Banco _____

Nome da Agência _____ N.º da Agência _____ N.º da Conta Corrente _____

Nome do Pai _____ Nome da Mãe _____

Nome do Cônjuge _____

Tempo sujeito a Previdência Oficial, Serviço Militar e outras vantagens

Empresa ou Entidade	Admissão/Incorporação	Saída/Baixa

Relação de Dependentes

Nome	Grau de parentesco	Sexo	Data de nascimento

Data _____ Assinatura 6

Patrocinadora 7 SUPREV 8

Preenchimento

- (1) Nome do funcionário - obrigatório
- (2) N.º do registro do funcionário na Patrocinadora - obrigatório
- (3) N.º de inscrição - será preenchido pelo SUPREV



- (4) Razão Social da empresa à qual o funcionário está vinculado - obrigatório
- (5) Código da empresa Patrocinadora - preenchido pelo SUPREV
- (6) Data e Assinatura do funcionário
- (7) Assinatura da Patrocinadora a qual o funcionário está vinculado
- (8) Assinatura da SUPREV

OBS.: Os demais campos só deverão ser preenchidos os que sofreram alteração.

ANULAR OS CAMPOS EM BRANCO.



4. CONTRIBUIÇÃO

4.1. Objetivo

Estabelecer procedimentos a serem adotados pelos Participantes, quanto à efetivação das contribuições a SUPREV.

4.2. Abrangência

Aplica-se a todos os Participantes da SUPREV.

4.3. Normas para Efetivação de Contribuição

Os participantes devem autorizar o desconto mensal em folha de pagamento, pela Patrocinadora, do valor de sua contribuição mensal correspondente, incidente sobre a sua remuneração bruta mensal.

As contribuições dos Participantes serão efetuadas sobre a remuneração bruta mensal e 13º salário, sempre na data do pagamento dos salários.

Notas:

- (1) A Contribuição Voluntária Mensal poderá ser efetuada somente nos dias de pagamento.
- (2) Contribuição Voluntária: Os Participantes podem efetuar Contribuição Voluntária em data coincidente à do pagamento de salário, objetivando reforçar o valor de seu benefício futuro.

4.4. Contribuição Mensal Voluntária

Quando o Plano de Benefícios for de Contribuição Definida (CD), o Participante que optar por efetuar Contribuição Voluntária Mensal deve preencher o formulário “Contribuição Voluntária” em uma única via, indicando a opção “MENSAL” e estabelecendo o percentual inteiro de



contribuição que incidirá sobre a remuneração bruta mensal, e autorizando o desconto mensal do valor correspondente em folha de pagamento.

Após o correto preenchimento, enviar o formulário “Contribuição Voluntária” a SUPREV.

4.5. Formulário - Contribuição Mensal Voluntária

Contribuição Voluntária

Períodicidade			
(1)		<input type="checkbox"/> Mensal de %	
		<input type="checkbox"/> Parcela Única	
Dados do Participante			
Nome (2)		Código do Funcionário (3)	
Patrocinadora (4)			
Divisão (5)	Departamento (6)		Local de Trabalho (7)
Valor da Contribuição de Parcela Única (8)	Nº do Cheque (9)		Nome do Banco (10)
Nome da Agência (11)	Nº do Banco (12)	Nº da Agência (13)	Nº da conta corrente (14)
O Signatário autoriza a Patrocinadora a descontar mensalmente de sua remuneração mensal na folha de pagamento, a contribuição mensal correspondente ao percentual acima estabelecido.			
Assinatura do Participante (15)		Data (16)	
Área de RH (17)		SUPREV (18)	

Preenchimento – Formulário Contribuição Mensal Voluntária

(1) Indicar com um “x” o tipo da contribuição voluntária (se for Contribuição Voluntária Mensal), indicar o percentual.

(2) Nome do funcionário

(3) Nº do código do funcionário na empresa



- (4) Razão Social da empresa à qual o funcionário está vinculado
- (5) Informar a Unidade do funcionário
- (6) Informar o Departamento do funcionário
- (7) Informar o local de trabalho do funcionário
- (8) Informar o valor da contribuição de parcela única
- (9) Nº do cheque
- (10) Nome do banco
- (11) Nome da agência
- (12) Nº do banco
- (13) Nº da agência
- (14) Nº da conta corrente
- (15) Assinatura do Participante
- (16) Informa da data de emissão
- (17) Assinatura da Área de RH
- (18) Assinatura da SUPREV

4.6. Alteração Contribuição Mensal Voluntária

Quando o Plano de Benefícios for de Contribuição Definida (CD), em janeiro de cada ano civil o Participante poderá alterar a sua contribuição voluntária de um nível percentual para outro (em percentuais inteiros) através de autorização no formulário “Alteração de Percentual de Contribuição Voluntária”, a ser preenchido em 1 (uma) via e enviado a SUPREV.

4.7. Formulário – Alteração Contribuição Mensal Voluntária

Alteração de Percentual de Contribuição Voluntária

Dados do Participante	
Nome (1)	Código do Funcionário (2)
Patrocinadora (3)	
<p>Solicito a alteração do percentual da "Contribuição Voluntária", sobre a minha remuneração bruta mensal.</p> <p>(4) De _____ % (_____)</p> <p>Para _____ % (_____)</p>	
Assinatura do Participante (5)	Data (6)
Área de RH (7)	SUPREV (8)

Preenchimento – Formulário Alteração Contribuição Mensal Voluntária

- (1) Nome do funcionário
- (2) Nº do registro do funcionário na empresa
- (3) Razão Social da empresa à qual o funcionário está vinculado
- (4) Informar o percentual de alteração da Contribuição Voluntária
- (5) Assinatura do funcionário
- (6) Data de emissão
- (7) Assinatura da Área de RH
- (8) Assinatura da SUPREV

4.8. Recibo

RECIBO

Data | Número

Patrocinadora

Recebemos da Empresa acima indicada a importância discriminada abaixo, referente a :

Discriminação das Verbas <input type="text" value="5"/>	Valor <input type="text" value="6"/>
Contribuição de Patrocinador	
Contribuição de Participante	
Contribuição Voluntária	
Taxa de Administração	
Total	0,00

Valor por extenso

Pagamento Efetuado

Cheque nº <input type="text" value="8"/>	Nº da Agência <input type="text" value="9"/>	Nº do Banco <input type="text" value="10"/>	Nome do Banco <input type="text" value="11"/>
Assinaturas <input type="text" value="12"/>		Observações <input type="text" value="13"/>	

1ª Via - Patrocinadora
2ª Via - Contabilidade
3ª Via - Controle

195.606

Obs.: Quando os valores das contribuições das Patrocinadoras e dos Participantes forem creditados na conta corrente da SUPREV, por transferência bancária, os comprovantes bancários das transferências substituirão o recibo.

Preenchimento - Recebo

- (1) Data do Recibo
- (2) Nº de controle sequencial de recibo - SUPREV
- (3) Indicar o nome da empresa patrocinadora
- (4) Discriminar o tipo de pagamento e o mês de referência
- (5) Descrição das contribuições



- (6) Informar o valor das contribuições
- (7) Informar o valor total por extenso
- (8) Informar o nº do cheque
- (9) Informar o nº da agência
- (10) Informar o nº do banco
- (11) Informar o nome do banco
- (12) Assinatura da SUPREV
- (13) Campo para informar qualquer tipo de ocorrência

4.9. Extrato de Conta do Participante

PARTICIPANTE :				
IDENTIFICAÇÃO :				
PATROCINADORA :				
DEMONSTRATIVO DAS CONTRIBUIÇÕES DO PARTICIPANTE				
PERÍODO :		INICIAL :	FINAL :	
MÊS	CONTRIBUIÇÃO MENSAL EM REAIS		QUANTIDADE DE COTAS	
	NORMAL	EXTRAORDINARIO		
TOTAIS				
COTAS			VALORES EM REAIS	
QUANTIDADE ANTERIOR	QUANTIDADE SEMESTRE	QUANTIDADE ANUAL	UNITÁRIO	ACUMULADO
% NO MÊS		% NO ANO		% ÚLTIMOS 12 MESES
MENSAGEM				



5. REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

5.1. Objetivo

Estabelecer procedimentos para concessão dos Benefícios dos Planos de Benefícios da SUPREV.

5.2. Abrangência

Aplica-se aos Participantes, Assistidos, Pensionistas e Dependentes.

5.3. Procedimentos dos Participantes e beneficiários para Requerimento de Benefício de Aposentadoria, Pensão por Morte e Pecúlio por Morte

- Preencher o formulário “Requerimento de Benefício”, obtido junto à Área de Administração de RH, verificando se atende aos requisitos necessários à solicitação do Benefício.
- Providenciar os documentos necessários à solicitação do Benefício (descritos no item 5.8 deste documento).
- Enviar a SUPREV o formulário “Requerimento de Benefício”, devidamente preenchido e assinado, acompanhado dos documentos necessários à solicitação.
- Aguardar o cálculo do valor do Benefício a ser efetuado pela SUPREV.
- Manter ou abrir conta corrente em Banco indicado pela SUPREV, para recebimento da suplementação de benefício.
- Receber da SUPREV os cálculos do Benefício através de impresso que deverá ser assinado e devolvido com a indicação da opção de recebimento do Benefício.
- Receber da SUPREV o “Demonstrativo de Pagamento”, contendo a informação do pagamento da sua suplementação de benefício com crédito em conta corrente.
- Atualizar, a cada ano civil, os dados constantes do formulário “Declaração de Dependentes para Fins de Imposto de Renda na Fonte”, preenchendo-o em uma única via, para posterior envio à SUPREV.

5.4. Formulário para Requerimento de Benefício

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

DADOS DO PARTICIPANTE				
Nome do Participante (1)		Registro do Participante (2)		
Empresa (3)		Data do Desligamento (4)		
Banco em que mantém Conta Corrente (5)		N.º do Banco (6)		
Nome da Agência (7)	N.º da Agência (8)	N.º da Conta Corrente (9)		
BENEFÍCIO				
(10)				
<input type="checkbox"/> Aposentaria por Tempo de Contribuição		<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez		
<input type="checkbox"/> Aposentaria por Idade				
RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA NA FONTE				
Nome do Dependentes	Sexo	Grau de Parentesco	Estado Civil	Data de Nascimento
(11)				
<small>O abaixo assinado, sob as penas da Lei, declara que os dependentes, acima mencionados, qualificados como encargos de família, não possuem rendimentos próprios, comprometendo-se a comunicar a SUPREV, qualquer ocorrência que importe na parte dessa qualificação.</small>				
Local e Data (12)		Assinatura (13)		

Preenchimento Formulário para Requerimento de Benefício

- (1) Nome do Participante
- (2) Nº do código do Participante na Patrocinadora
- (3) Razão Social da empresa à qual o Participante está vinculado
- (4) Data de desligamento do Participante na Patrocinadora
- (5) Nome do banco que mantém conta corrente



(6) Nº do Banco

(7) Nome da Agência

(8) Nº da Agência

(9) Nº da Conta Corrente

(10) Assinalar com "x" o benefício a ser requerido

(11) Informar o nome, sexo, grau de parentesco, estado civil e data de nascimento dos dependentes para imposto de renda na fonte

(12) Local e data do requerimento

(13) Assinatura do Participante

5.5. Formulário para Requerimento de Benefício de Pensão e Pecúlio por Morte

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE PENSÃO E PECÚLIO POR MORTE

DADOS DO PARTICIPANTE				
Nome do Participante (1)		Registro do Participante (2)		
Empresa / Plano de Benefícios (3)		Data do Óbito (4)		
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
Nome do Beneficiário (5)		Grau de Parentesco (6)	Estado Civil (7)	
Data do Nascimento (8)	N.º do RG (9)	Órgão Expedidor (10)	Data de Emissão (11)	N.º do CPF (12)
Endereço (13)		Bairro	CEP	
Cidade		Estado		DDD - Telefone (14)
Banco em que mantém Conta Corrente (15)		N.º do Banco (16)		
Nome da Agência (17)	N.º da Agência (18)		N.º da Conta Corrente (19)	
<p>Conforme reza o Plano de Benefícios, venho solicitar o Benefício acima mencionado. Segue anexo, cópia da Carta de Concessão do Benefício emitida pelo Órgão de Previdência Oficial.</p>				
RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA NA FONTE				
Nome do Dependentes	Sexo	Grau de Parentesco	Estado Civil	Data de Nascimento
(20)				
<p>O abaixo assinado, sob as penas da Lei, declara que os dependentes, acima mencionados, qualificados como encargos de família, não possuem rendimentos próprios, comprometendo-se a comunicar a SUPREV, qualquer ocorrência que importe na parte dessa qualificação.</p>				
Local e data (21)		Assinatura (22)		

19


Preenchimento Formulário para Requerimento de Benefício de Pensão e Pecúlio por Morte

- (1) Nome do Participante falecido
- (2) Nº do código do Participante falecido
- (3) Razão Social da Empresa Patrocinadora e o Plano de Benefícios o qual o Participante estava vinculado



- (4) Data do Óbito do Participante
- (5) Nome do Beneficiário
- (6) Grau de Parentesco do Beneficiário
- (7) Estado Civil do Beneficiário
- (8) Data de Nascimento do Beneficiário
- (9) Nº do RG do Beneficiário
- (10) Órgão expedidor do RG
- (11) Data de emissão do RG
- (12) Nº do CPF do Beneficiário
- (13) Endereço completo do Beneficiário (rua/avenida, nº, bairro, CEP, cidade e estado)
- (14) DDD e Telefone do Beneficiário
- (15) Nome do banco em que o Beneficiário mantém conta corrente
- (16) Nº do Banco
- (17) Nome da Agência
- (18) Nº da Agência
- (19) Nº da Conta Corrente
- (20) Nome, sexo, grau de parentesco, estado civil e data de nascimento dos dependentes para imposto de renda na fonte
- (21) Local e data de emissão
- (22) Assinatura do Beneficiário

5.6. Formulário para Requerimento de Reversão de Benefício

	REQUERIMENTO DE REVERSÃO DE BENEFÍCIO
---	--

Eu, _____, beneficiário(a) do(a) Participante Assistido(a) Sr.(a) _____, venho requerer junto a essa Entidade, a continuidade do pagamento de benefício, de acordo com a opção efetuada à época, por meio do Requerimento de Renda Mensal, e dos dispositivos dos artigos 4.º e 19, do Regulamento do Plano de Benefícios DME – II.

Para tanto, estou encaminhando, em anexo, cópias simples dos seguintes documentos:

- a) Atestado de Óbito;
- b) Certidão de Casamento;
- c) RG e CPF (participante e beneficiários)
- d) Carta de Concessão do benefício de Pensão por Morte da Previdência Social; e
- e) Relação de Dependentes para Imposto de Renda na Fonte.

Registro, também, que o referido benefício mensal, deverá ser creditado em meu nome, junto ao Banco _____, Agência _____, n.º _____, conta corrente n.º _____.

Local	Data	Assinatura
	/ /	

5.7. Formulário para Declaração de Dependentes para fins de Imposto de Renda na Fonte

Declaração de Dependentes para fins de Imposto de Renda

Declaração de encargo de família para fins de imposto de renda, à entidade SUPREV-Fundação Multipatrocinada de Suplementação Previdenciária, inscrita no CNPJ sob o Nº 49.323.025/0001-15.

Dados do Participante

Nome (1)			
Estado Civil (2)	Nº CPF (3)		Nº de Inscrição (4)
Endereço (5)			CEP

Para fins da legislação do Imposto de Renda, informo que tenho, como encargo de família, a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

Relação de Dependentes

Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento
(6)		

Estou ciente que as informações acima prestadas são de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do Participante (7)	Data (8)	Assinatura do Cônjuge (9)
--------------------------------	----------	---------------------------

* Embril em caso de Resgates

Obs.: A assinatura do cônjuge somente é necessária caso o mesmo se encontre relacionado como dependente.

Preenchimento Formulário para Requerimento de Benefício de Pensão e Pecúlio por Morte

(1) Nome do funcionário



- (2) Estado civil do funcionário
- (3) Nº do CPF do funcionário
- (4) Nº do código do funcionário na empresa
- (5) Rua, Nº e CEP do funcionário
- (6) Relacionar o nome, grau de parentesco e data de nascimento dos dependentes para fins de Imposto de Renda na Fonte
- (7) Assinatura do funcionário
- (8) Data de emissão
- (9) Assinatura do cônjuge

5.8. Documentos necessários para requerimento de Benefícios

Renda Mensal decorrente do Tempo de Contribuição ou Idade

- Requerimento de Benefícios
- Declaração de Dependente para Imposto de Renda na Fonte
- Carta de Concessão de Benefícios do INSS
- Carnê de Recebimento de Benefícios do INSS
- Desligamento da Patrocinadora

Renda Mensal por Invalidez

- Requerimento de Benefícios
- Declaração de Dependente para Imposto de Renda na Fonte
- Carta de Concessão de Benefícios do INSS



Renda Mensal de Pensão por Morte/Pecúlio

- Requerimento de Benefícios
- Pensão/Pecúlio
- Declaração de Dependente para Imposto de Renda
- Carta de Concessão de Benefícios do INSS
- Atestado de Óbito
- RG e CPF da Pensionista
- RG e CPF dos Beneficiários para Pecúlio



6. DESLIGAMENTO DE PARTICIPANTES DA PATROCINADORA

6.1. Objetivo

Estabelecer procedimentos quanto ao cancelamento ou manutenção de inscrição no Plano de Benefícios, quando do desligamento de Participantes da Patrocinadora.

6.2. Abrangência

Aplica-se aos Participantes em fase de desligamento das Patrocinadoras.

6.3. Normas Básicas quando do Desligamento do Participante da Patrocinadora

Portabilidade:

É a opção do Participante transferir o saldo das contribuições pessoais feitas a SUPREV e acumuladas incluindo o resultado das aplicações das mesmas, para outra Entidade de Previdência (Fechada ou Aberta). Destaca-se que de conformidade com os dispositivos do Regulamento do Plano de Benefícios ao qual o Participante esteve vinculado ele poderá levar parte ou o total das contribuições feitas pela Patrocinadora.

Autopatrocínio:

Tendo o Participante interesse em permanecer com esta qualidade junto a SUPREV, basta para tanto preencher um formulário que lhe será fornecido onde deverá ser expressada tal vontade, indicando que continuará contribuindo nos padrões das contribuições que vinha praticando em relação às contribuições pessoais e até ampliando estas contribuições se assim o desejar, acrescida da taxa de administração fixada no Plano de Custeio Anual.

Benefício Proporcional Diferido:

Nesta opção o Participante manifesta sua vontade de continuar com tal condição, porém sem mais contribuir com as contribuições previdenciárias, as normais e extraordinárias, pagando tão somente a taxa de administração, e seu benefício futuro será calculado na forma prevista no regulamento, porém sobre o saldo das contas constituídas com as contribuições do Participante



e da Patrocinadora, constituídas até a data de seu desligamento e atualizadas pelas aplicações dos mesmos no mercado financeiro e de capitais.

Resgate:

É a manifestação da vontade do Participante em não mais manter o vínculo com a SUPREV, lhe sendo permitido receber em devolução, as contribuições pessoais que fez ao plano, corrigidas pelo resultado das aplicações. Por opção do Participante, o pagamento da devolução poderá ser parcelado em até 12 (doze) vezes cujas parcelas serão corrigidas pela valorização do valor da cota do mês anterior ao do pagamento.

6.4. Procedimentos dos Participantes quando do Desligamento da Patrocinadora

- Preencher o formulário “Solicitação de Manutenção ou Cancelamento de Inscrição”, em uma única via, indicando a opção desejada, enviando-o à Patrocinadora.
 - a) Se a opção tiver sido pela continuidade de suas contribuições, aguardar o envio do carnê de pagamento.
 - b) Se a opção tiver sido pelo Benefício Proporcional Diferido, o participante deverá pagar a taxa de administração mensal, por carnê, ou autorizar o desconto mensal na sua conta de contribuição de Participante até a data da elegibilidade do benefício.
 - c) Se a opção for cancelar a inscrição e resgatar suas cotas, o valor do saldo de sua “Conta de Contribuição de Participante” será creditado em sua conta corrente, na forma de pagamento que o participante optou.
 - d) Se a opção for pela portabilidade, a SUPREV preparará a documentação para transferir os valores, conforme dispõe o regulamento do Plano de Benefícios, para outra Entidade de Previdência Fechada ou Aberta.

6.5. Formulário - Demonstrativo de Opções

DEMONSTRATIVO DE OPÇÕES					
Empresa :					
Prontuario	Nome	Data ADM	Data Nasc.	Data Desl.	Idade
() Opção - 01 - Auto Patrocinado (facultativo)					
Salario Base					
Contribuição Participante					
Contribuição Patrocinadora					

Total					
() Opção - 02 - Benefício Diferido por Desligamento					
			Tempo de Patrocinadora		
		Qtde. Cotas	Valor em R\$		
Saldo Fundo Individual					
Saldo Fundo Patrocinadora					

Total					
		Qtde. Cotas	Valor em R\$		Pagamento Único
() Opção - 03 - Resgate de Poupança					
			Valor da Cota :		
		Qtde. Cotas	Valor em R\$		
Total não Tributavel					
Total Tributavel					
Imposto de Renda					
Emprestimo					

Liquido					
() Opção - 04 - Portabilidade					
		Qtde. Cotas	Valor em R\$		
Saldo Fundo Individual					
Saldo Fundo Patrocinadora					
Emprestimo					

Total					
Assinatura do Participante					
Data					



6.6. Formulário - Solicitação de Manutenção ou Cancelamento de Inscrição

Solicitação de Manutenção ou Cancelamento de Inscrição

Nome do Participante		Número do CPF		Código do Funcionário	
Patrocinadora			Divisão ou Filial/Departamento		
Endereço Residencial / Nº				Bairro	
CEP	Cidade	Estado	DDD	Telefone	
Nome do Banco	Nome da Agência	Nº do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente	

O abaixo assinado, na qualidade de participante (Membro Contribuinte) da SUPREV, por estar rescindindo, nesta data, seu contrato de trabalho com a Patrocinadora acima citada vem, pela presente, solicitar:

- Manutenção de inscrição.
- Optar por continuar contribuindo, nos termos do Regulamento do Plano de Benefício.
- Optar pela continuidade de suas contribuições voluntárias ao plano, contribuindo com o percentual de _____ %.
- Na qualidade de Participante Facultativo Não Contribuinte, optando pela não continuidade de suas contribuições ao Plano de Benefícios, custeando apenas, as Despesas Administrativas relativas à sua manutenção no Plano, com o percentual estipulado no Plano de Custeio e fazendo jus, quando complementadas as carências prevista no Regulamento do Plano, a Renda Mensal de Aposentadoria na forma *Benefício Proporcional Diferido*.
- Optar pela Portabilidade, cujos recursos constituídos com as contribuições, e de acordo com as disposições do Plano de Benefícios, devem ser portadas para _____.
- Cancelamento da inscrição e resgate das cotas individuais do Plano de Benefícios.

Assinatura do Participante	Data do desligamento	Assinatura SUPREV	Data

- (1) Nome do Participante
- (2) Nº do CPF do Participante
- (3) Código do Participante na Empresa Patrocinadora
- (4) Razão Social da Empresa Patrocinadora a qual o Participante está vinculado
- (5) Divisão ou Filial/Departamento do Participante na Empresa Patrocinadora
- (6) Preencher com o endereço residencial (rua/avenida, nº, bairro, CEP, cidade, estado)
- (7) Preencher com o DDD e o nº do telefone do Participante
- (8) Preencher com os dados bancários (banco, agência, nº do banco, nº da agência e nº da conta corrente)



(9) Indicar com "x" a opção escolhida e se tiver sido pelo resgate, incluir em quantas parcelas quer receber, em quantidade que não supere a doze parcelas

(10) Assinatura do Participante

(11) Data do desligamento do Participante na Patrocinadora

(12) Assinatura da SUPREV

(13) Data de emissão