

## MUDANÇA DE PATROCINADOR

Plano de Benefícios do Poder Judiciário da União, do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público (JusMP-Prev)

Órgão Patrocinador (anterior)			Órgão Patrocinador (atual)		
Cargo efetivo				Data do exercício (no órgão atual)	
Nome completo (sem abreviações)				CPF	
Endereço residencial				Bairro	
Cidade	UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular
Email's (informar em ordem de preferência: institucional e pessoal)					

**SOLICITO** a mudança de patrocinador e **AUTORIZO** o desconto das contribuições em folha de pagamento e a disponibilização dos meus dados cadastrais e financeiros à Funpresp-Jud:

☐ **PARTICIPANTE PATROCINADO:** escolho a alíquota de: ☐ 8,5% ☐ 8,0% ☐ 7,5% ☐ 7,0% ou ☐ 6,5%.

**AUTORIZO** a incidência do desconto sempre que houver o recebimento das seguintes parcelas remuneratórias decorrentes de: ☐ exercício de cargo em comissão ou função de confiança, ☐ local de trabalho e/ou ☐ Outra, especificar: \_\_\_\_\_.

☐ **PARTICIPANTE VINCULADO:** escolho o percentual de \_\_\_\_\_ %, que incidirá sobre a remuneração de participação: \_\_\_\_\_.  
(mínimo de 6,5% e máximo 22%, observado o intervalo de 0,5%, que incidirá sobre a remuneração de participação escolhida, a qual não poderá ser inferior a 10 URPs [Unidade de Referência do Plano, cujo valor está disponível no sítio eletrônico da funpresp-Jud] ou superior a totalidade de sua base de contribuição).

☐ **AUTORIZO** o desconto em folha da **CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA:** escolho o percentual de \_\_\_\_\_ % (mínimo de 2,5%, que incidirá sobre a remuneração de participação escolhida).

☐ **AUTORIZO** o desconto em folha da **Contribuição CAR**, devidamente aceita pela seguradora, conforme segue:

Garantias	Capital segurado	Contribuição CAR
Morte natural ou acidental (MQC)	R\$	R\$
Invalidez permanente e total (IP)	R\$	R\$
Total		R\$

**Pessoa politicamente exposta:** ☐ Sim ou ☐ Não (Conforme definição da Instrução MPS/PREVIC 18/2014 e Resolução COAF 29/2017).

**DECLARO** que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes sempre que solicitados, estando ciente de que os investimentos e aplicações financeiras estão expostos a riscos de mercado e que a rentabilidade obtida no passado não garante os resultados futuros.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Local e data Assinatura do(a) participante

O participante deverá anexar a este formulário a cópia da ficha de inscrição e, se for o caso, do formulário de contratação da CAR, protocolados no órgão anterior.

**Para uso do Responsável da Área de Pessoal do Órgão/Entidade atual ou da Funpresp-Jud:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Local e data do protocolo Carimbo e assinatura do(a) responsável

**Destino do formulário:** Encaminhar/entregar a ficha à área de pessoal (a via original protocolada à Funpresp-Jud, uma cópia protocolada ao participante e outra cópia arquivada na pasta funcional do interessado).