

**FORMULÁRIO DE RECOLHIMENTO VOLUNTÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO
PREVIDENCIÁRIA.**

Anexo I - Portaria Iprev/DF nº 34, de 28 de fevereiro de 2019.

Nome do servidor:		
Matrícula:	CPF:	
RG:	Órgão Emissor:	
Telefone:	E-mail:	
Órgão de Origem:	Cargo:	
Remuneração do cargo efetivo: R\$		
Salário de Contribuição: R\$		
Valor Referente à parte Patronal: R\$	Valor referente à parte do Segurado: R\$	Valor total mensal da obrigação: R\$

Estou ciente que a inobservância por 3 (três) meses consecutivos do recolhimento previdenciário ocasionará a suspensão dos meus direitos previdenciários e de meus dependentes, só reavendo eles o direito aos benefícios após quitação do total do débito das contribuições previdenciárias.

Estou ciente que é de minha responsabilidade o recolhimento dos valores equivalentes às contribuições previdenciárias, relativas à parte patronal e à parte do segurado, durante meu afastamento/licenciamento sem vencimentos do cargo acima referido, nos termos do art. 69, caput e §1º, da Lei Complementar nº 769, de 30 de junho de 2008 e do art. 6º, §1º, da Portaria Iprev/DF nº 34, de 28 de fevereiro de 2019.

Declaro ainda, estar ciente que o valor a ser recolhido deverá ser calculado com base em minha remuneração atualizada, fornecida pelo órgão ao qual permaneço vinculado, bem como demais vantagens de fins previdenciários.

Conheço que os atrasos no adimplemento das obrigações serão atualizadas monetariamente pelos mesmos índices praticados em relação aos débitos para com o RGPS, com incidência de multa de mora, calculada à taxa de 0,33% por dia de atraso, limitado esse acréscimo legal a 20%. (Art. 72, da Lei Complementar nº 769, de 2008, alterado pela Lei Complementar nº 932, de 03 de outubro de 2017).

Comprometo-me a adimplir em favor do Regime Próprio de Previdência Social do Distrito Federal (RPPS/DF) a obrigação assumida até o 5º dia após o 5º dia útil de cada mês, mediante pagamento de DAR – Documento Avulso de Arrecadação, sob os códigos de Receita 3753 e 3754, parte segurado e parte patronal respectivamente.

Tenho ciência que, mensalmente, devo encaminhar cópia do comprovante dos recolhimentos ao meu órgão de origem como forma de controle e contabilização de meus direitos previdenciários.

Brasília, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Servidor