



ANEXO ÚNICO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA-TCU Nº 87, DE 12 DE AGOSTO DE 2020

I - FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

DADOS PESSOAIS

NOME			
MATRICULA Nº		CPF Nº	
CARGO/FUNÇÃO		CÓDIGO	
UNIDADE DE LOTAÇÃO		TELEFONE	

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida nos arts. 1º e 2º da Lei 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União a ter acesso às minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das eventuais retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Observações:

A presente autorização permitirá acesso às informações referentes até ao último ano de exercício em que a autoridade, servidor ou empregado deixar de ocupar o cargo, emprego ou função pública e que constarão na Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física a ser apresentada à RFB no ano seguinte.

LOCAL E DATA	ASSINATURA AUTORIDADE/SERVIDOR
--------------	-----------------------------------



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME: _____

CARGO EFETIVO: _____ MATRÍCULA _____

UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____

REGIME DE TRABALHO: _____ Dedicção Exclusiva: SIM NÃO

(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)

***DECLARO**, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, que:

NÃO ocupo outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL e, ainda, no setor PRIVADO.

NÃO participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, X da Lei nº 8.112/90.

OCUPO outro cargo/emprego/função pública ou privada de:

Cargo:			
Nome da Entidade:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal () Privado		
Área de Atuação (exceto privado):	() Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico		
Carga Horária Semanal:	() 20 h () 30 h () 40 h () Outro: _____		
Horário de execução do trabalho:	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012. e Declaração da Instituição que se trabalha constando local, jornada de trabalho e carga horária total.

PERCEBO Bolsa de Pesquisa, Ensino e Extensão:

Nome da Instituição:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal		
Área	() Magistério () Técnico/Científico		
Carga Horária Semanal:	() 20 h () 30 h () 40 h () Outro: _____		
Horário de execução da atividade	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade -Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012 e Declaração da Instituição concedente constando local, jornada de trabalho e carga horária total.



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Administração de Pessoas



PERCEBO aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria:			
Nome da Entidade:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal () Privado	Unidade Federativa:	
Área de Atuação (exceto privado):	() Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico		
Jornada do cargo que exerceu:	() 20 h () 30 h () 40 h () Outro: _____		
Ato e Fundamento legal da aposentadoria:			
Data de Vigência da Aposentadoria:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

PERCEBO pensão:

Nome da Entidade:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal () Privado	Unidade Federativa:	
Grau de parentesco com o instituidor de pensão:			
Tipo e Fundamento legal da pensão:			
Data de início da concessão:	____/____/____.		

Obs: Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.

Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

DECLARO ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepor a interesses pessoais e privados, **devendo adequar-me as necessidades desta instituição.**

DECLARO, ainda, estar ciente de que **prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro**, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Comprometo comunicar a essa PROGEPE/UFRPE qualquer alteração nesta situação.

Recife, ____/____/____

DECLARANTE



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
(nome)

_____,
(situação funcional: servidor ativo, aposentado, beneficiário de pensão, empregado público, agente político)

inscrito no CPF sob nº. _____, responsabilizo-me, nos termos do inciso III, do art. 116, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a fornecer comprovante (s) de rendimentos (contracheque) nos prazos e períodos previstos nos incisos I a II do art 1º da Portaria Normativa nº 02, de 02 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União - DOU de 09/11/2011, e em todas as ocasiões em que for solicitado.

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura do servidor ou beneficiário de pensão



CADASTRO DE PESSOAL

SIAPE: _____

SIAPCAD: _____

(ESPAÇO RESERVADO À SUGEP)

DADOS PESSOAIS

*CPF Nº:

*NOME COMPLETO:

*SEXO:..... *DATA DE NASCIMENTO:..... /...../..... *TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH:

*FILIAÇÃO PAI:

MÃE:

*CIDADE NASC.: *ESTADO:

*ESTADO CIVIL: *COR (ORIGEM ÉTNICA):..... *DEFICIÊNCIA FÍSICA:

****SE NATURALIZADO - **ATO:** ****DE:** / /

****PUBLICADO NO DOU:** / /

DOCUMENTAÇÃO

*CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº: *ÓRGÃO EXPEDIDOR:..... *UF:.....

*DATA DA EXPEDIÇÃO: / /

*TÍTULO ELEITORAL Nº: *UF:.....

*ZONA:..... *SEÇÃO:..... *DE:/...../.....

****COMP.MILITAR Nº:**..... ***ÓRGÃO EXPEDIDOR:**..... ***SÉRIE:**.....

CARTEIRA DE TRABALHO Nº:..... SÉRIE:..... UF:.....

CART. MOTORISTA Nº:..... REG.:..... UF:..... EXPED:...../...../.....

CATEGORIA:.....PRIMEIRA HABIL:...../...../.....VALIDADE:...../...../.....

*PIS / PASEP Nº: ****PASSAPORTE Nº:**.....

RESIDÊNCIA

*LOGRADOURO (RUA/AV.): *Nº.....

*COMPLEMENTO:..... *BAIRRO:..... *MUNICÍPIO:.....

*UF *PAÍS..... *CEP - CAIXA POSTAL

*TEL (): *CEL(): *E-MAIL

TELEFONES DE CONTATO (FAMILIARES/OUTROS)

*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....

*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....



DADOS BANCÁRIOS (Só serão aceitas Contas - Salário e Corrente dos Bancos autorizados: BB / CEF / BRADESCO / SANTANDER / ITAU / BANRISUL / BANCOOB / SICREDI), Anexar cópia da proposta de abertura da conta salário, conta corrente. **IMPORTANTE: a conta salário tem que estar vinculada à conta corrente.**

Conta Salário*

*Do Banco: _____

*Agência nº: _____ *dígito__ Tipo : _____ *Conta salário nº _____ *dígito _____

*Nome da Agência: _____ *Cidade : _____

Conta Corrente*

*Do Banco: _____

*Agência nº: _____ *dígito__ Tipo : _____ *Conta corrente nº _____ *dígito _____

*Nome da Agência: _____ Cidade : _____

***CURSOS**

1. *NOME DO CURSO:.....

*TITULAÇÃO:..... *ESTAB. DE ENSINO:.....

*MUNICÍPIO: *UF: *PAÍS:

*CONCLUÍDO EM (ANO): CARGA HORÁRIA:.....

2. *NOME DO CURSO:.....

*TITULAÇÃO: *ESTAB. DE ENSINO:.....

*MUNICÍPIO: *UF: *PAÍS:

*CONCLUÍDO EM (ANO) CARGA HORÁRIA

3. *NOME DO CURSO:.....

*TITULAÇÃO: *ESTAB. DE ENSINO:.....

*MUNICÍPIO: *UF: *PAÍS:

*CONCLUÍDO EM (ANO) *CARGA HORÁRIA

**HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (TÍTULO):

**Nº DO REGISTRO E ÓRGÃO DE CLASSE:

DATA :/...../.....

ASSINATURA

*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

** PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, QUANDO FOR O CASO



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES (Lei nº 8.429/92 e Decreto nº 5.483/2005) – ANEXO II da Portaria Interministerial MP/CGU Nº 298, de 06 de setembro de 2007

<input type="checkbox"/> Declaração de Ingresso	Preencher os itens 1, 2, 8, 9, 11 e 12
<input type="checkbox"/> Declaração de desligamento	Preencher todos os itens
<input type="checkbox"/> Declaração de atualização anual	Preencher todos os itens, com informações relativas aos rendimentos auferidos no exercício anterior e ao patrimônio do último dia do exercício anterior

1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO

Nome:

CPF:

Título Eleitoral:

Data de Nascimento:

Endereço Completo:

CEP:

MUNICÍPIO/UF:

Telefone:

2. DEPENDENTES

CPF	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO

3. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELO TITULAR

NOME DA FONTE PAGADORA	CNPJ	RENDIMENTOS - R\$

TOTAL R\$:

Informar Principalfonte pagadora com CNPJ:

4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES

FONTE PAGADORA:	CNPJ	CPF DO DEPENDENTE	RENDIMENTOS- R\$

TOTAL R\$:



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal

TOTAL			

OBS: Ver Tabela anexa ao final deste documento

9. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS

Discriminar Dívidas e ônus reais - nome do beneficiário ou credor	SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO - R\$	
	ANO DE 20__	ANO DE 20__
TOTAL		

TOTAL

10. INFORMAÇÕES DO CÔNJUGUE E DEMAIS DEPENDENTES

CPF	RENDIMENTOS R\$

11. BENS DO CONJUGE E DEMAIS DEPENDENTES

Os bens do conjuge e demais dependentes estão informados acima? sim não

Caso negativo discriminar abaixo

DISCRIMINAÇÃO BEM/DIREITO informar: DATA, VALOR DE AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatário com CPF), QUANDO FOR O CASO			SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO - R\$	
DESCRIÇÃO DO BEM/DIREITO	CPF	TIPO	ANO DE 20__	ANO DE 20__

OBS: Ver Tabela anexa ao final deste documento



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal

12. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS DO CONJUGE E DEMAISDEPENDENTES				
As dívidas e ônus reais do conjuge e demais dependentes estão informados acima?		() sim	() não	
Caso negativo discriminar abaixo				
DISCRIMINAÇÃO			SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO - R\$	
DESCRIÇÃO DA DÍVIDA	CPF	TIPO	ANO DE 20__	ANO DE 20__
DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE ESTOU CIENTE DE QUE A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS PODERÁ ENSEJAR A RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, PENAL E CIVIL				
Local:				
Data:				
Assinatura:				
CPF:				



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
 Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
 Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
 Seção de Planejamento de Pessoal



T A B E L A S

CODIGOS DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA			
11	Companheiro(a) ou cônjuge	31	Pais, avós e bisavós
21	Filho(a) ou enteado(a)	99	Outros
24	Irmão(a), neto(a) ou bisneto(a)		

Tipo: Imóveis		Tipo: Créditos e Poupança Vinculados	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
01	Prédio residencial	51	Crédito decorrente de empréstimo
02	Prédio comercial	52	Crédito decorrente de alienação
03	Galpão	53	Plano PAIT e caderneta de pecúlio
11	Apartamento	54	Poupança para construção ou aquisição de bem imóvel
12	Casa	59	Outros
13	Terreno	Tipo: Depósitos à Vista e Numerário	
14	Terra nua	61	Depósito bancário em conta corrente no Brasil
15	Sala ou conjunto	62	Depósito bancário em conta corrente no exterior
16	Construção	63	Dinheiro em espécie - moeda nacional
17	Benfeitorias	64	Dinheiro em espécie - moeda estrangeira
18	Loja	69	Outros depósitos à vista e numerário
19	Outros	Tipo: Fundos	
Tipo: Bens Móveis		71	Fundo de Curto Prazo
21	Veículo automotor terrestre: caminhão, automóvel, motocicleta, etc.	72	Fundo de Longo Prazo e Fundo de Investimentos em Direitos Creditórios (FIDC)
22	Aeronave	73	Fundo de Investimento Imobiliário (FII)
23	Embarcação	74	Fundo de ações, Fundos Mútuos de Privatização (FMP), Fundos de Investimento em Empresas Emergentes (FIEE), Fundos de Investimento em Participação (FIP), Fundos de Investimentos em índices de Mercado (ETF)
24	Bem relacionado com o exercício da atividade autônoma	79	Outros
25	Jóia, quadro, objeto de arte, de coleção, antiguidade, etc.	Tipo: Outros Bens e Direitos	
		91	Licença e concessão especiais
29	Outros	92	Título de clube e assemelhado
Tipo: Participações Societárias		93	Direito de autor, de inventor e de patente
31	Ações	94	Direito de lavra e assemelhado
32	Quotas ou quinhões de capital	95	Consórcio não contemplado
39	Outras participações societárias	99	Outros
Tipo: Aplicações e Investimentos			
41	Caderneta de poupança		
45	Aplicação de renda fixa (CDB, RDB, CRI, CRA, LCI, LCA, debêntures e outros): obrigatório declarar apenas saldos superiores a R\$ 140 em 31/12/2020		
46	Ouro ativo financeiro: obrigatório declarar apenas se o valor de aquisição for igual ou superior a mil reais		
47	Mercados futuros, de opções e a termo: obrigatório declarar apenas se o valor de aquisição for superior a R\$ 140		
49	Outras aplicações e investimentos		



DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____
CPF nº _____, aprovado em concurso publico e nomeado conforme Portaria
nº _____, publicada no DOU de __/__/20____, **DECLARO**, para os devidos fins de
prova perante a Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, que não respondo a
Processo Disciplinar Administrativo em órgão ou entidade da Administração Pública Federal,
Estadual ou Municipal, ciente de que ficarei sujeito à responsabilização administrativa, civil e
penal no caso de ***declaração falsa***.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Servidor (a)



DECLARAÇÃO SEGURO-DESEMPREGO

Eu, _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº _____ Cargo/emprego público: _____

_____ DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.9981, de 11 de janeiro de 1990, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, não sou beneficiário do seguro-desemprego.

DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal.

Recife, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do (a) Servidor (a)

Obs.1 -Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990.

Art. 24. Os trabalhadores e empregadores prestarão as informações necessárias, bem como atenderão às exigências para a concessão do seguro-desemprego e o pagamento do abono salarial, nos termos e prazos fixados pelo Ministério do Trabalho.

Obs.2 -Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.



TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL

Pelo presente instrumento, eu, _____, CPF nº _____, Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____ em _____, lotado (a) no (a) _____, nesta Universidade, na qualidade de USUÁRIO(A) da rede de computadores ou CUSTODIANTE de informações da Universidade Federal rural de Pernambuco, DECLARO TER CONHECIMENTO da Política de Segurança da Informação e Comunicações (Posic) da UFRPE, segundo a qual, sem restar qualquer dúvida de minha parte, devo:

- a) tratar a informação como patrimônio da UFRPE.
- b) utilizar as informações e os recursos, em qualquer suporte sob minha custódia, exclusivamente no interesse do serviço da UFRPE.
- c) manter a confidencialidade das informações sigilosas a que tiver acesso, sem divulgá-las para pessoas não autorizadas e/ou que não tenham necessidade de conhecê-las.
- d) utilizar as credenciais de acesso e os recursos computacionais, em conformidade com a Posic da UFRPE e procedimentos estabelecidos em normas específicas da instituição.
- e) no caso de exoneração, demissão, licenciamento, término de prestação de serviço ou qualquer tipo de afastamento, observar a confidencialidade das informações sigilosas acessadas.
- f) responder perante a UFRPE pelo uso indevido das minhas credenciais de acesso, no âmbito administrativo e, se for o caso, perante a Justiça, no âmbito penal e civil. Estou ciente de meu compromisso individual na UFRPE e assumo a responsabilidade pelas consequências decorrentes da não observância do disposto no presente Termo e na legislação vigente.

Recife - Pernambuco, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do usuário



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro _____ receber o benefício de auxílio-alimentação ou outro de espécie semelhante de qualquer órgão do setor Público ou empresa vinculada à Iniciativa Privada e eu estou ciente de que o recebimento em duplicidade, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às cominações legais e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos da Lei nº 8.112, de 1990, Lei nº 8.745, de 1993, e Lei nº 9.849, de 1999.

Recife, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) Servidor (a)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ- REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
SEÇÃO DE PLANEJAMENTO DE PESSOAL



**TERMO DE CIÊNCIA DE INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA NO PLANO DE PREVIDÊNCIA
COMPLEMENTAR EXECPREV DESDE A DATA DE SUA ENTRADA EM EXERCÍCIO- FUNPRES**

Considerando a publicação da Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015, a partir de 5 de novembro de 2015 aqueles que ingressarem em cargo público efetivo da União, suas Autarquias e fundações, com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social (atualmente R\$ 6.433,57), serão automaticamente inscritos no plano de previdência complementar ExecPrev desde a data de sua entrada em exercício.

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

_____/_____/_____
Ciência do servidor



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ- REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
SEÇÃO DE PLANEJAMENTO DE PESSOAL



**TERMO DE CIÊNCIA DE INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA NO PLANO DE PREVIDÊNCIA
COMPLEMENTAR EXECPREV DESDE A DATA DE SUA ENTRADA EM EXERCÍCIO- FUNPRES**

Considerando a publicação da Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015, a partir de 5 de novembro de 2015 aqueles que ingressarem em cargo público efetivo da União, suas Autarquias e fundações, com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social (atualmente R\$ 6.433,57), serão automaticamente inscritos no plano de previdência complementar ExecPrev desde a data de sua entrada em exercício.

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

Contato: faleconosco@funpresp.com.br ou 08002826794.