



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

TERMO DE OPÇÃO PSS (Manutenção do vínculo ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

2 - MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO:

Eu, acima identificado(a), afastado por motivo de _____, opto por permanecer vinculado ao regime do **Plano de Seguridade Social do Servidor Público - PSS**, mediante o recolhimento mensal da respectiva contribuição no mesmo percentual devido pelos servidores em atividade, em conformidade com a **Lei nº 10.667/03** e **Orientação Normativa nº 03/02 - SRH/MP**.

Estou ciente das orientações **ao rodapé** deste termo e que devo me informar, mensalmente, junto à Serviço de Pagamento/Sepag/DARH/Direh, se houve alteração no valor da contribuição.

DATA: _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura e carimbo da área de RH.

Orientações:

- 1 - O recolhimento deverá ser efetuado **até o segundo dia útil de cada mês (data de vencimento), por meio de DARF (Documento de Arrecadação de Receitas Federais)**, utilizando-se o código de receita 1684 (CPSSS - Servidor Civil Licenciado/Afastado), no percentual de 11% sobre a remuneração bruta;
- 2 - O DARF deverá ser apresentado ao Serviço de Recursos Humanos da Unidade, **na mesma data** do pagamento do PSS, objetivando o recolhimento da contribuição patronal;
- 3 - As contribuições recolhidas em atraso deverão ser acrescidas de multa e juros calculados pela Taxa SELIC.