



Instituto de Previdência Municipal de Santo Antônio de Posse – IPREM POSSE

Rua: Aurélio Sia, 73, Jd Luciana, Santo Antônio de Posse/SP
CNPJ: 10.625.602/0001-98 Telefones: (19)3896-3832 e 3896-4403
iprem@pmsaposse.sp.gov.br

ATO CONVOCATÓRIO Nº 01/2025

Assunto: Convoca os aposentados e pensionistas para a regularização de consignações facultativas em folha de pagamento e dá outras providências.

A **Diretora-Presidente INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE POSSE – IPREM POSSE**, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO:

- A publicação da Instrução Normativa nº 01/2025, que estabelece novos critérios e procedimentos para a efetivação de descontos nos proventos e pensões;
- Os princípios constitucionais da Legalidade, Publicidade e Transparência que regem a Administração Pública;
- A necessidade de convalidar os descontos facultativos atualmente existentes, que foram implementados sem a autorização expressa e formal do beneficiário, conforme exigido pela nova norma;
- O dever de diligência na gestão dos recursos previdenciários e a necessidade de mitigar riscos de apontamentos por parte dos órgãos de controle externo, notadamente o Tribunal de Contas do Estado (TCE);

RESOLVE:

Art. 1º CONVOCAR todos os aposentados e pensionistas do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE POSSE – IPREM POSSE que possuam descontos facultativos (mensalidades de associações/sindicatos, planos de saúde (médico e odontológico), empréstimos, etc.) em sua folha de pagamento, para comparecerem à sede do RPPS a fim de promover a regularização de suas consignações.

Art. 2º O período para a regularização será de **60 (sessenta) dias**, a contar da data de publicação deste Ato, com início em 16/09/2025 e término em 14/11/2025.

Art. 3º O não comparecimento do beneficiário dentro do prazo estipulado no Art. 2º implicará na **suspensão cautelar** do respectivo desconto facultativo da folha de pagamento, a partir do mês subsequente ao término do prazo, até que a situação seja regularizada.

§ 1º A suspensão do desconto por inércia do beneficiário não quita eventuais débitos que este possua com a entidade consignatária, sendo de responsabilidade das partes (beneficiário e consignatário) a regularização do contrato principal.

§ 2º O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE POSSE – IPREM POSSE notificará as entidades consignatárias sobre os descontos suspensos em virtude deste artigo.



Instituto de Previdência Municipal de Santo Antônio de Posse – IPREM POSSE

Rua: Aurélio Sia, 73, Jd Luciana, Santo Antônio de Posse/SP
CNPJ: 10.625.602/0001-98 Telefones: (19)3896-3832 e 3896-4403
iprem@pmsaposse.sp.gov.br

Art. 4º A regularização se dará mediante o preenchimento e assinatura da "**Declaração de Regularização de Consignações Facultativas**", conforme modelo do Anexo Único deste Ato.

Art. 5º Este Ato Convocatório entra em vigor na data de sua publicação.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

Santo Antônio de Posse, 16 de setembro de 2025.

ALESANDRA APARECIDA VASCON
Diretora Presidente



Instituto de Previdência Municipal de Santo Antônio de Posse – IPREM POSSE

Rua: Aurélio Sia, 73, Jd Luciana, Santo Antônio de Posse/SP
CNPJ: 10.625.602/0001-98 Telefones: (19)3896-3832 e 3896-4403
iprem@pmsaposse.sp.gov.br

ANEXO ÚNICO DO ATO CONVOCATÓRIO Nº 01/2025

DECLARAÇÃO DE REGULARIZAÇÃO DE CONSIGNAÇÕES FACULTATIVAS

Eu, (**Nome Completo do Beneficiário**), portador(a) do CPF nº [**Nº do CPF**] e matrícula no [Nome do RPPS] nº [**Nº da Matrícula**], em atendimento ao Ato Convocatório nº 01/2025, declaro ter sido devidamente informado(a) sobre a necessidade de regularizar as autorizações para os descontos facultativos existentes em meus proventos/pensão.

Após conferência dos registros, manifesto minha vontade expressa conforme abaixo:

Consignatário (Entidade)	Tipo de Desconto	Valor Mensal (R\$)	DECISÃO DO BENEFICIÁRIO
Ex: Sindicato dos Servidores	Mensalidade Sindical	R\$	() RATIFICO (Confirmo a continuidade) () NÃO RATIFICO (Solicito o cancelamento)
Ex: Banco Empréstimo S.A.	Empréstimo Consignado	R\$	() RATIFICO (Confirmo a continuidade) () NÃO RATIFICO (Solicito o cancelamento)
Ex: Plano de Saúde	Plano de Saúde	R\$	() RATIFICO (Confirmo a continuidade) () NÃO RATIFICO (Solicito o cancelamento)
Ex: Outro	() RATIFICO (Confirmo a continuidade) () NÃO RATIFICO (Solicito o cancelamento)

Declaro estar ciente de que:

1. A opção "**RATIFICO**" formaliza minha autorização para a continuidade do desconto, em conformidade com a Instrução Normativa nº 02/2025.
2. A opção "**NÃO RATIFICO**" resultará no cancelamento definitivo do desconto em folha de pagamento pelo IPREM POSSE.
3. O cancelamento do desconto em folha **NÃO** quita automaticamente minha dívida ou obrigação com a entidade (sindicato, banco, etc.), sendo de minha inteira responsabilidade negociar com ela uma nova forma de pagamento, se for o caso.

Esta declaração é a expressão da minha livre vontade e substitui, para todos os efeitos legais, quaisquer autorizações tácitas ou verbais anteriores.

Santo Antônio de Posse, 16 de setembro de 2025.

Assinatura do(a) Aposentado(a) / Pensionista