# CONVÊNIOS DE CONSIGNAÇÃO EM PAGAMENTO

# ANEXO I

**Esclarecimentos iniciais:**

Abaixo, estão arrolados os atos administrativos que deverão instruir o processo instaurado para fins de formalização de convênio a ser celebrado entre o Estado de Mato Grosso do Sul e as pretensas consignatárias para permitir a averbação de consignações na remuneração dos servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul, processada pelo sistema de folha de pagamento do Estado, nos termos do Decreto (Estadual) n. 12.976/09.

A lista de verificação representa os requisitos mínimos a serem analisados pela área técnica e não dispensa a necessidade de se verificar as peculiaridades do caso concreto para tratamento de questões as quais, pela sua especifidade, não poderiam ser abordadas em uma lista geral.

Na utilização da presente lista, deverá o servidor responsável analisar e verificar se eventual RESPOSTA NEGATIVA é causa para devolução do processo para complementação da instrução ou se pode ser objeto de ressalva.

Na 1ª coluna, preencher apenas com as letras “S”, “N”, “N.A.”, sendo: S – Sim;

N – Não;

N.A. – Não se aplica.

# MODELO DE CHECK LIST

**Processo nº:**

**Origem:**

**Interessado(s):**

**Referência/Objeto:**

# ATOS ADMINISTRATIVOS E DOCUMENTOS A SEREM VERIFICADOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| **1. A solicitação tem como objeto algum dos listados abaixo?** |  |  |  |
| **1.2. Caso positivo, qual?** |  |  |  |
| Contribuição em favor de entidades sindicais, na forma do inciso IV do art. 8º da Constituição Federal e mensalidades em favor de associações de classe, sindicatos e federações constituídas exclusivamente porservidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul. |  |  |  |
| Contribuições para os planos de saúde, instituídos conforme legislação estadual, para atender algum dos seguintes serviços:1. plano básico e seu complemento;
2. plano agregado básico;
3. fator moderador.
 |  |  |  |
| Financiamento da saúde pelas entidades instituídas como gerenciadoras de planos de saúde oficiais, com prestação de serviços médicos, hospitalares, odontológicos, laboratoriais, compras de medicamentos e pagamento de franquias com órteses e próteses, por meio do Cartão Benefício, plano agregado especial, plano especial e outros benefícios. |  |  |  |
| Mensalidades de operadoras de planos de saúde devidamente regulamentados pela Agência Nacional de Saúde, desde que as operadoras estejam regularmente inscritas no respectivo Conselho Regional que rege a atividade, em cuja jurisdição estejam estabelecidas. |  |  |  |
| Contribuição para planos de previdência complementar e renda mensal. |  |  |  |
| Prêmios de seguros de vida cobertos pelas entidades fechadas ou abertas de previdência privada que operem com planos de pecúlio, seguro de vida, renda mensal, previdência complementar e empréstimo ou seguradoras que operem com planos de seguro de vida e renda mensal. |  |  |  |
| Parcelas mensais correspondentes a fornecimento de bens e serviços,decorrentes de convênios mantidos por sindicatos ou por associações de classe com fornecedores. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mensalidades instituídas para custeio de clubes de servidores públicosdo Poder Executivo e recreativos. |  |  |  |
| Amortização de empréstimos ou financiamentos concedidos por instituições financeiras, por operadoras de cartões de crédito e por operadoras de cartões na modalidade de adiantamento salarial, na formade compras (limitação de 96 meses). |  |  |  |
| Mensalidade a favor de empresas fornecedoras de bens e de serviços, mediante convênio com a Administração Pública Estadual, por meio da modalidade de adiantamento salarial, na forma de pagamentos e decompras. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| **2. A entidade a ser admitida como consignatária pertence a alguma das categorias abaixo?** |  |  |  |
| **2.1. Caso positivo, qual?** |  |  |  |
| Órgãos da administração pública direta, autarquias, fundações eempresas públicas. |  |  |  |
| Associações, grêmios, fundações, entidades, sindicatos de classe eclubes exclusivamente constituídos para servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul. |  |  |  |
| Entidades fechadas ou abertas de previdência privada que operem com planos de pecúlio, seguro de vida, renda mensal, previdênciacomplementar e empréstimo. |  |  |  |
| Seguradoras que operem com planos de seguro de vida e renda mensal. |  |  |  |
| Entidades administradoras de sistemas integrados de convênios ebenefícios. |  |  |  |
| Entidades instituídas como gerenciadoras de planos de saúde oficiais ouOperadoras de Planos de Saúde. |  |  |  |
| Instituições financeiras, operadoras de cartões de crédito e operadorasde cartões na modalidade de adiantamento salarial, na forma de compras. |  |  |  |

Documentação exigida a depender da categoria da consignatária:

**I** - se associação, entidade de classe, clubes, federação ou sindicato constituído exclusivamente por servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Prova de registro no Ministério do Trabalho e Previdência Social, nocaso de entidades de classe, federações e sindicatos, excluídas as associações. |  |  |  |
| Relação discriminada e atualizada do cadastro dos servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul que lhe são filiados, no caso defederações e sindicatos de classe. |  |  |  |
| Prova de ser reconhecida de utilidade pública, **no caso de associação****representativa de classe dos servidores públicos estaduais.** |  |  |  |
| Cópia do estatuto devidamente registrado e da ata da eleição da últimadiretoria. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS),com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Comprovação de que possui matriz ou sucursal no Estado de MatoGrosso do Sul, com razão social registrada na Junta Comercial do Estado. |  |  |  |
| Prova de inscrição no cadastro de contribuinte do Estado de MatoGrosso do Sul e de regularidade com as obrigações tributárias (certidões devem estar com o código de autenticidade conferido e |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| dentro do prazo de validade). |  |  |  |
| Carta-patente expedida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), para operar com seguro de vida individual ou em grupo, **no****caso de entidade assistencial ou companhia de seguros.** |  |  |  |
| Documento comprobatório de vinculação com companhia de seguros,**se associação, entidade assistencial ou clubes que operem com planos de seguros**. |  |  |  |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da ata da eleição da última diretoria e alvará de funcionamento (com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade), quando foro caso. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS),com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Comprovação de que possui matriz ou sucursal no Estado de MatoGrosso do Sul. |  |  |  |
| Comprovante de registro na Superintendência de Seguros Privados(SUSEP). |  |  |  |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da atada eleição da última diretoria. |  |  |  |
| Alvará de localização e funcionamento, com código de autenticidadeconferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS),com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

Em se tratando de companhias de seguros, para fins do disposto no inciso III, do art. 3º do Decreto (Estadual) n. 12.796/09, a corretora indicada na apólice **deverá comprovar que possui matriz ou sucursal no Estado de Mato Grosso do Sul,** e apresentar os seguintes documentos referentes a esta unidade:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da atada eleição da última diretoria. |  |  |  |
| Alvará de localização e funcionamento, com código de autenticidadeconferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS),com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/****Não/ N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Comprovação de que possui matriz ou sucursal no Estado de MatoGrosso do Sul. |  |  |  |
| Alvará de localização e funcionamento, com código de autenticidadeconferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da atada eleição da última diretoria. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívidaativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

\* As operadoras de planos de saúde, para fins do disposto no inciso IV, do art

3º do Decreto Estadual n. 12.796/09, deverão comprovar ainda:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Registro perante a Agência Nacional de Saúde. |  |  |  |
| Inscrição no Conselho Regional que rege a atividade, em cuja jurisdição esteja estabelecida, devendo a certidão estar com autenticidadeconferida e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Regularidade com a Fazenda Estadual (certidão deve estar com códigode autenticidade conferido e dentro do prazo de validade). |  |  |  |
| Regularidade com a Fazenda Municipal (certidão deve estar comcódigo de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade). |  |  |  |



1. **-** se instituições financeiras, operadoras de cartões de crédito e operadoras de cartões na modalidade de adiantamento salarial, na forma de compras:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/****Não/ N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Apresentação de autorização de funcionamento como banco comercial, expedida pelo Banco Central do Brasil. **(Não se aplica às operadoras de cartão de crédito na modalidade de adiantamento****de salarial – §2º do art. 3º do Decreto Estadual n. 12.796/09).** |  |  |  |
| Confirmação de que possui carteira de empréstimos ou financiamento de cunho estritamente social, com taxa inferior à praticada no mercado ou que seja menor ou igual à utilizada por entidade que já possua código em folha de pagamento com o mesmo objetivo. **(Não seaplica às operadoras de cartão de crédito na modalidade de adiantamento de salarial – §2º do art. 3º do Decreto Estadual n.****12.796/09).** |  |  |  |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da atada eleição ou do ato de nomeação da última diretoria. |  |  |  |
| Comprovação que possui sucursal instalada no Estado de Mato Grosso do Sul, com autonomia e responsabilização pelo gerenciamento dosistema. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apresentação de alvará de localização e funcionamento, com código deautenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual (certidão deve estar com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade). |  |  |  |
| Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal (certidão deve estar com código de autenticidade conferido e dentro do prazo devalidade). |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívidaativa da União e ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

1. - se empresas fornecedoras de bens e de serviços, que se utilizam da modalidade de adiantamento salarial, na forma de pagamentos e de compras:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** | **Sim/ Não/****N.A.** | **Folha** | **Obs.** |
| Cópia do estatuto ou do contrato social devidamente registrado e da atada eleição da última diretoria. |  |  |  |
| Prova de inscrição no cadastro nacional de pessoas jurídicas (CNPJ). |  |  |  |
| Registro geral (RG) e cadastro de pessoa física (CPF) dos representanteslegais. |  |  |  |
| Alvará de localização e de funcionamento, com código deautenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Certidão conjunta de débitos relativos aos tributos federais e à dívidaaditiva com a União, com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |
| Regularidade com a Fazenda Estadual (certidão deve estar com códigode autenticidade conferido e dentro do prazo de validade). |  |  |  |
| Regularidade com a Fazenda Municipal (certidão deve estar com códigode autenticidade conferido e dentro do prazo de validade). |  |  |  |
| Certidão negativa ou positiva com efeitos de negativa de débitostrabalhistas, com código de autenticidade conferido e dentro do prazo de validade. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Certificado de regularidade perante o fundo de garantia de tempo de serviço (FGTS-CRF), com código de autenticidade conferido e dentrodo prazo de validade. |  |  |  |
| Comprovação de que possui matriz ou sucursal no Estado de MatoGrosso do Sul. |  |  |  |