

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Nome:					
CPF n°:		RG n°:		Órgão Expedidor:	

Declaro, em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 (EC nº 103/2019) e/ou art. 37, inciso XVI da Constituição federal de 1988, que:

1.	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBO outro benefício previdenciário de qualquer regime de previdência.
----	--

2.	<input type="checkbox"/> RECEBO o(s) seguinte(s) benefício(s) previdenciário(s): OBS.: Se faz necessário apresentar documento que informe o cargo e o vínculo (em caso de aposentadoria) e o início do benefício (em caso de pensão e/ou aposentadoria).
----	---

Tipo	Fonte pagadora	Valor dos proventos	Início do benefício	Cargo que se aposentou
()A()P()R				
()A()P()R				
()A()P()R				
()A()P()R				

Legenda: A - Aposentadoria; P - Pensão por morte; R - Remuneração de militar inativo (reformado ou em reserva remunerada).

3.	<input type="checkbox"/> PROTOCOLEI outro requerimento a benefício previdenciário de: <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Remuneração de militar inativo, ainda pendente de análise, junto a <input type="checkbox"/> PBPrev <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> Outro, qual: _____
----	---

Estou ciente que a declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar a devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, me sujeita às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, ____/____/____.
Local, Data

Assinatura completa do declarante ou de seu representante legal