

DECLARAÇÃO DE (NÃO) ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Nome: _____ CPF: _____
RG nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data da expedição: _____
Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____ nº: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP.: _____
Fone: _____ E-mail: _____

Declaro, sob pena prevista no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, que:

1 – RECEBO pensão por morte neste RPPS ou em outro regime previdenciário:

() não

() sim – Especificar: _____

2 – RECEBO pensão decorrente de atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:

() não

() sim – Especificar: _____

3 – RECEBO aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de regime próprio de previdência social:

() não

() sim – Especificar: _____

4 – RECEBO proventos de inatividade decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:

() não

() sim – Especificar: _____

Caso receba quaisquer dos benefícios acima especificados é necessária a juntada de documentação comprobatória (contracheque ou comprovante de rendimentos anual)

Declaro, ainda, estar ciente que caso haja acumulação de benefícios previdenciários acima especificados, no momento oportuno, haverá a escolha do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte do outro benefício, apurado na forma do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

(Assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)