**DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS**

Eu, , portador do RG nº e

CPF nº , declaro para fins do disposto no Art. 24, §§ 1º e 2º, da Emenda Constitucional nº 103/2019, sob pena de responsabilidade prevista no artigo 299 do Código Penal, que:

|  |
| --- |
| 1. ( ) NÃO ( ) SIM - Recebo outra aposentadoria do IPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Caso positivo, informar:  Regime/Entidade de Previdência Cargo: Data de início da aposentadoria: / /  Valor Bruto do benefício recebido: R$  (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem considerar valores de 13º salário) |
| 2. ( ) NÃO ( ) SIM - Recebo outro benefício de pensão por morte do IPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Caso positivo, informar:  Regime/Entidade de Previdência Cargo: Condição do dependente (ex: cônjuge, filho, Mãe/Pai) Data de início da pensão: / /  Valor Bruto do benefício recebido: R$  (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem considerar valores de 13º salário) |
| 3. ( ) NÃO ( ) SIM - Aguardo resposta sobre pedido de outro benefício de pensão por morte do IPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS, devendo informar ao IPREV no caso de deferimento deste benefício. Caso positivo, informar:  Regime/Entidade Cargo(s) do ex-servidor/militar |
| 4. ( ) NÃO ( ) SIM - O ex-servidor/militar possuía outro(s) cargo(s) na Administração Pública e/ou outra(s) aposentadoria(s). Caso positivo, tratando-se de pedido de pensão por morte, informar:  Cargo(s): Órgão(s): |

Declaro, ainda, estar CIENTE que, em caso de acúmulo, o benefício a ser concedido pelo IPREV observará as regras de cálculo dispostas no artigo 24 da Emenda Constitucional nº 103/19, especialmente o §2º, mantendo-se o valor integral do benefício mais vantajoso e a aplicação da redução de valor no(s) menos vantajoso(s), podendo ser realizada alteração pelo IPREV, mediante provocação do beneficiário ou notificação de outros regimes com relação a acúmulos de benefícios, estando autorizado qualquer ressarcimento de valores para acerto dos benefícios.

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

Por ser verdade, firmo a presente.

Local e data: , de de

\_ \_

Assinatura do interessado(a)