



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Eu, _____, RGnº _____, CPF nº _____, declaro para fins do disposto no Art. 24, §§ 1º e 2º, da Emenda Constitucional nº 103/2019 e Art.37, incisos XVI e XVII, CF/1988, sob pena de responsabilidade prevista no artigo 299 do Código Penal, que:

1. () NÃO () SIM - Recebo outra aposentadoria da SPPREV, 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 da SPPREV, 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 da SPPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS, devendo informar a SPPREV 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)/emprego(s) público(s): _____
Órgão(s): _____

5. () NÃO () SIM - Posuo outro(s) cargo(s) na Administração Pública. Caso positivo, informar:
Cargo: _____
Órgão(s): _____
Data de Ingresso: _____
Obs: Em caso afirmativo, tratando-se de pedido de aposentadoria, o(a) servidor(a) deverá anexar a declaração de acúmulo legal do órgão responsável, do qual recebe remuneração.

Declaro, ainda, estar CIENTE que, em caso de acúmulo, o benefício a ser concedido pela SPPREV 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 pela SPPREV, mediante provocação do beneficiário ou notificação de outros regimes com relação à 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)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE COMUNICAÇÃO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins do disposto no Art. 24, §§ 1º e 2º, da Emenda Constitucional nº 103/2019 e Art. 37, incisos XVI e XVII, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, estar CIENTE que é de meu inteiro dever realizar a comunicação sobre a obtenção deste benefício ora analisado pela São Paulo Previdência - SPPREV, aos demais órgãos/regimes de previdência aos quais recebo benefício previdenciário, e assim o farei após a concessão e primeiro pagamento deste benefício concedido, em conformidade ao Art. 2º, § 4º, da Portaria SPPREV-205 de 2020, sob pena de suspensão do benefício e ressarcimento das eventuais quantias recebidas indevidamente.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do interessado(a)