



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA
DIRETORIA DE BENEFÍCIOS SERVIDORES PÚBLICOS

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS / BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Eu, _____, CPF: _____,

RG: _____, 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:

* () Recebo outra aposentadoria da SPPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Informe a seguir o regime/entidade de previdência e o cargo.

* () Recebo benefício de pensão por morte da SPPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Informe a seguir o regime/entidade de previdência e o cargo.

* ()guardo resposta sobre pedido de benefício de pensão por morte da SPPREV, de outros RPPS (Municipal, Estadual ou Federal) ou do RGPS/INSS. Informe a seguir o regime/entidade de previdência e o cargo do ex-servidor.

* () No caso de habilitação de pensão, informar se o ex-servidor possuía outro(s) cargo(s) na Administração Pública e/ou outra(s) aposentadoria(s).

Cargo(s): _____

Órgão(s): _____

** () Possuo outro(s) cargo(s) na Administração Pública

Cargo(s): _____

Órgão(s): _____

Data de Ingresso: _____

FICA CIENTIFICADO do dever de comunicar IMEDIATAMENTE qualquer alteração de fato, como previsto no § 3º do art. 24 da Emenda Constitucional, ficando ciente que poderá haver alteração pela SPPREV, a qualquer tempo, se constatada mudança deste estado e benefícios, conforme regra do § 2º desta EC.

***Responder SIM ou NÃO no campo () **Em caso afirmativo o(a) servidor(a) deverá informar quais os cargos ou aposentadoria estão em acúmulo e anexar a declaração do órgão responsável do qual recebe remuneração ou proventos de aposentadoria.**

Por ser verdade, firmo a presente.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do interessado(a)