



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA

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

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,

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:

<p>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)</p>
<p>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)</p>
<p>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 _____</p>
<p>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): _____</p>
<p>5. ( ) NÃO ( ) SIM - Possui outro(s) cargo(s) na Administração Pública. Caso positivo, informar: Cargo(s): _____ Órgão(s): _____ Data de Ingresso: _____</p> <p>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.</p>

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)