**DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIOS ACUMULADOS – Art. 24 DA EC.103/2019**

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÃO** ( ) acumulo benefício(s) de aposentadoria ou benefício(s) de pensão civil ou militar ou inatividade militar neste RPPS e/ou em outro Regime.

A(o) requerente aguarda deferimento de outro(s) benefício(s) ? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso **sim**, responda:

Tipo de Benefício: ( ) Aposentadoria ( ) Inatividade

....................................................................................................................................................

Tipo Benefício: ( ) Pensão Civil: ( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo Benefício: ( ) Pensão Militar: ( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Concessor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do Órgão Concessor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SIM** ( ) possuo benefício(s) de aposentadoria ou benefício(s) de pensão civil ou militar ou inatividade militar neste RPPS e/ou em outro Regime.

Tipo de Benefício: ( ) Aposentadoria ( ) Inatividade

....................................................................................................................................................

Tipo Benefício: ( ) Pensão Civil: ( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo Benefício: ( ) Pensão Militar: ( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Início Benefício: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Valor do Benefício: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Concessor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do Órgão Concessor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) interessado(a)