



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 e Art. 37, incisos XVI e XVII, CF/1998, 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 de aposentadoria: ____/____/____ Valor Bruto de benefício recebido: R\$ _____ (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem constar valores do 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 de pensão: ____/____/____ Valor Bruto de benefício recebido: R\$ _____ (Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem constar valores do 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 à 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 - Posuo outro(s) cargo(s) na Administração Pública. Caso positivo, informar: Cargo(s): _____ 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.</p>

Declaro, ainda, estar CIENTE que, em caso de acúmulo, o benefício a ser concedido pela SPPREV observará as regras de cálculo disposta 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 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 a devolução de eventuais, importâncias recebidas individualmente, quando for o caso, sujeitar-me 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)

Anexo 2

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE COMUNICAÇÃO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

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(a) interessado(a) _____