



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA
(Aposentadoria / Inatividade)



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 nº103/2019 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 Aposentadoria.

Caso positivo, informar:

Entidade de Previdência (Exemplo: SPPREV, IPREM, INSS): _____

Nome do Cargo(s)/emprego(s) público(s): _____

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 Pensão por Morte.

Caso positivo, informar:

Entidade de Previdência (Exemplo: SPPREV, IPREM, INSS): _____

Nome do Cargo(s)/emprego(s) público(s): _____

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 - Possuo outro(s) cargo(s)/emprego(s) público(s) na Administração Pública.

Caso positivo, informar:

Cargo(s)/emprego(s) público(s): _____

Órgão(s)/Entidade(s) Pública(s): _____

Data de Ingresso: _____

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)



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA
(Aposentadoria / Inatividade)



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:

- (I) Devo 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;
- (II) Devo informar à São Paulo Previdência-SPPREV sobre a obtenção de outro benefício previdenciário (Pensão e/ou Aposentadoria) em outros órgãos/regimes de previdência, após a concessão e primeiro pagamento deste novo 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)