



Secretaria de Estado da Educação  
**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE**  
Avenida Rio Branco, nº 1.260 – São Paulo/SP CEP 01206-001  
Telefone: 11 3866-3510  
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>  
E-mail: [dectocrh@educacao.sp.gov.br](mailto:dectocrh@educacao.sp.gov.br)

## Informação complementar

### APOSENTADORIA de READAPTADO

Além dos itens já citados na instrução item 31 MANUAIS, deve constar no P.A.S. do readaptado os seguintes itens:

- Declaração de Exercício (que informa onde foi o exercício e que foi de acordo com o Rol de Atividades);

- Declaração do readaptado informando que não entrou com Ação Judicial individual;

- Declaração\* de *Acúmulo de Cargos/Benefícios Previdenciários*;

\*Assinalando entre as opções (  ) NÃO (  ) SIM da declaração.

\*\*Em caso afirmativo, tratando-se de situação de pedido de aposentadoria, o(a) servidor(a) deverá anexar a declaração de acúmulo legal do órgão responsável, do qual recebe remuneração.

- Declaração de *Ciência sobre Comunicação de Concessão de Benefícios Previdenciários*

Modelos das declarações abaixo

Identificação da escola ou Diretoria

## DECLARAÇÃO

Declaro para fins de Aposentadoria Especial que NOME – RG – CPF – CARGO/FUNÇÃO, com sede de classificação ESCOLA e exercício ESCOLA, readaptado conforme abaixo relacionado:

Súmula CAAS N° ----- publicada no DOE de ----- Vigência -----

E com readaptação cessada a partir de-----DOE de-----

E enfatizo que durante o período de readaptado, exerceu as funções de acordo com o Rol de Atividades do Readaptado, em ESCOLA (de exercício).

São Paulo, ---- de ----- de -----.

Carimbo/Assinatura

DECLARAÇÃO PARA SERVIDOR READAPTADO EM PROCESSO DE  
APOSENTADORIA

Eu..... portador do documento de  
RG. Nº....., inscrito sob o CPF/MF. nº.....,  
Professor PB I ou II, Efetivo ou ACT., com sede de exercício na Unidade Escolar.....  
Declaro para os devidos fins que não possuo Ação Judicial individual, pleiteando  
Contagem de Tempo de readaptado na regra de Aposentadoria Especial do  
Magistério.

São Paulo,..... de ..... ano .....

Atenciosamente,

---

ASSINATURA

Em caso afirmativo, informar os dados da Ação.



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/1988, 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(s)/<b>emprego(s) público(s)</b>: _____ 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(s)/<b>emprego(s) público(s)</b>: _____ 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)/<b>emprego(s) público(s)</b> do ex-servidor/militar: _____</p>
<p>4. ( ) NÃO ( ) SIM - O ex-servidor/militar possuía outro cargo/<b>emprego público</b> na Administração Pública e/ou outra(s) aposentadoria(s). Caso positivo, tratando-se de pedido de pensão por morte, informar: Cargo(s)/<b>emprego(s) público(s)</b>: _____ Órgão(s): _____</p>
<p>5. ( ) NÃO ( ) SIM - Posuo outro cargo/<b>emprego público</b> na Administração Pública. Caso positivo, informar: Cargo(s)/<b>emprego(s) público(s)</b>: _____ 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 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**

**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)