



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

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 Nº ----- 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
(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 nº 103/2019 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)