



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PENSÃO/APOSENTADORIA/BENEFÍCIO

DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE

Nome:

CPF:

Relação de parentesco/dependência do beneficiário com o ex-servidor:

Nome do Instituidor:

INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

Declaro, para fins de CONCESSÃO DA PENSÃO CIVIL prevista nos artigos 215 e 217, bem assim do limite estabelecido no artigo 225, todos da Lei 8.112/90, e art. 24 da Emenda Constitucional nº. 103/2019, que:

1. **NÃO** percebo qualquer pensão, provento de aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

2. Percebo Benefício de Prestação Continuada-BPC/INSS (Lei nº 8.742/93).

3. Percebo a(s) seguinte(s) **pensão(ões)**:

Regime Geral de Previdência Social (INSS)

Regime Próprio de Previdência Social:

Esfera: Municipal Estadual Federal Distrital

Órgão: _____

Órgão: _____

4. Percebo o(s) seguinte(s) proventos de **aposentadoria(s)**:

Regime Geral de Previdência Social (INSS)

Regime Próprio de Previdência Social:

Esfera: Municipal Estadual Federal Distrital

Órgão: _____

Órgão: _____

Observações:

1. Apresentar último contracheque de todos os benefícios de pensão ou proventos de aposentadoria (item 3 e 4);
2. Caso perceba Benefício de Prestação Continuada-BPC/INSS, apresentar comprovante de desistência do benefício.



INFORMAÇÕES DO INSTITUIDOR DE PENSÃO

1. O instituidor de pensão **NÃO** possuía outro vínculo com órgão público.

2. O instituidor de pensão **POSSUÍA** outro vínculo com órgão público.

Regime Geral de Previdência Social (INSS)

Regime Próprio de Previdência Social:

Esfera: Municipal Estadual Federal Distrital

Órgão: _____

Órgão: _____

TERMO DE OPÇÃO (em caso de acúmulo de pensão)

Pelo presente, apresento opção pela percepção do valor integral do benefício recebido junto ao(à) _____, e de uma parte de cada um dos demais benefícios, apurada cumulativamente de acordo com o art. 24 da Emenda Constitucional 103/2019.

Declaro que estou ciente que devo comunicar aos demais órgãos onde recebo benefício de pensão e/ou provento de aposentadoria a opção feita junto a Universidade Federal do Maranhão.

TERMO DE CIÊNCIA

Estou ciente que ao adquirir qualquer outro tipo de pensão e/ou aposentadoria, devo comunicar imediatamente à Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que, a penalidade aplicada no seu descumprimento, varia de 01(um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

_____/_____/_____
Data do requerimento

Assinatura do Requerente/Procurador