



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

IPASG – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE SÃO GONÇALO



DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Declaro, sob pena prevista no Art. 299* do Código Penal Brasileiro e em conformidade com o disposto nos §§1º e 2º do artigo 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019,

QUE:

() **NÃO RECEBO** qualquer outro benefício (Pensão por morte, Aposentadoria ou Inatividade), concedido no âmbito de qualquer Regime Próprio de Previdência Social – RPPS (União, Estado, Distrito Federal, Município), ou do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, ou de qualquer Sistema de Proteção Social Militar – SPSM.

() **RECEBO**, conforme especificado abaixo:

	Benefício	Informar o Ente	Valor Recebido	Benefício mais vantajoso*
1	() Aposentadoria () Pensão	() RPPS () RGPS () SPSM _____	R\$	() sim () não
2	() Aposentadoria () Pensão	() RPPS () RGPS () SPSM _____	R\$	() sim () não
3	() Aposentadoria () Pensão	() RPPS () RGPS () SPSM _____	R\$	() sim () não
4	() Aposentadoria () Pensão	() RPPS () RGPS () SPSM _____	R\$	() sim () não

***Caso não realize a opção pelo recebimento integral do benefício que entenda ser mais vantajoso, será considerado o de maior valor.**

O **artigo 299 do Código Penal Brasileiro** prevê uma **pena de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos** para todo aquele que, omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato judicialmente relevante.

São Gonçalo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente