

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DEPARTAMENTO DE PESSOAL

Versão 02, atualizada em 20 de Setembro de 2023

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIO

FUNDAMENTOS LEGAIS

- Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12/11/2019.
- Arts. 34 e 35 da Portaria SGP/SEDGG/ME n° 4645 de 24/05/2022.

| 1. DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE (Formulário PDF com preenchimento online) | | | | | | |
|--|----------------------|---------|------------------------|----------------------------------|--|--|
| Eu, | | | nome completo), portad | or da carteira de | | |
| Identidade de nº | , C.P.F | . nº | | , residente e | | |
| domiciliado(a) em | | | , | Nº , | | |
| Complemento | , c | idade d | le | , Estado | | |
| de, | , CEP | , de | eclaro ser | (grau de | | |
| parentesco) do ex-servidor , matrícula | | | | | | |
| SIAPE nº , para fins de concessão, prevista nos artigos 215 e 217 da Lei 8.112/1990, bem | | | | | | |
| como o limite estabelecido no art. 24, § 1º, da Emenda Constitucional nº 103 de 2019, DECLARA QUE: | | | | | | |
| □ Não percebe qualquer PENSÃO ou APOSENTADORIA paga pela Administração Pública; □ Foi requerida a pensão ou aposentadoria em outro órgão, qual? | | | | | | |
| ☐ Percebe a(s) seguinte(s) pensão(s) ou aposentadoria (s) paga(s) pela Administração Pública: | | | | | | |
| ÓRGÃO/ENTIDADE | TIPO DE BENEFÍCIO | | TITUIDOR (SE PENSÃO) | VALOR DO BENEFÍCIO (BRUTO) | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| ☐ Declara, ainda, ter consci | ência de que constitui crim | e previsto no artigo 299 do Códi | go Penal Brasileiro | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|--|--|--|
| prestar declaração falsa co | om a finalidade de criai | · obrigação ou alterar a vero | dade sobre o fato | | | |
| juridicamente relevante, e que a penalidade aplicada no seu descumprimento varia de 01 (um) a 03 (três) | | | | | | |
| anos de reclusão e multa. | | | | | | |
| |)(2 | SE), / / /. | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Assinatura do(a) Declarante | | | | | | |