

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS E TERMO DE OPÇÃO

Nome:			
CPF n°:	RG n°:	Órgão Expedidor:	

Declaro, em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 (EC nº 103/2019), que:

1. **NÃO** recebo outro benefício previdenciário de qualquer regime de previdência.

2. Recebo o(s) seguinte(s) benefício(s) previdenciário(s):

Tipo	Fonte pagadora	Valor (R\$)	DIB	Serviço/ Cargo*
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R			__ / __ / __	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R			__ / __ / __	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R			__ / __ / __	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R			__ / __ / __	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R			__ / __ / __	

Legenda: A - Aposentadoria; P - Pensão por Morte; R - Remuneração de militar inativo (reformado ou em reserva remunerada).

*Serviço público ou serviço privado e o cargo em que se aposentou.

OBS.: Será necessário a apresentação de contracheque que comprove a remuneração recebida de benefícios de outros regimes.

3. Protocolo outro requerimento a benefício previdenciário de: A P R, **ainda pendente de análise**, junto a: PBPREV INSS Outro
Outro: _____

Legenda: A - Aposentadoria; P - Pensão por Morte; R - Remuneração de militar inativo (reformado ou em reserva remunerada).

Em caso de receber outro benefício previdenciário que sofra com a incidência dos §§ 1º e 2º do art. 24 da EC nº 103/2019 ou de aguardar ser deferido o requerimento deste (**se não houver, deixar o campo abaixo em branco**):

Opto, em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 (EC nº 103/2019), pela percepção **integral**:

DESTE benefício previdenciário em detrimento dos demais.

do seguinte benefício previdenciário em detrimento dos demais, inclusive deste:

Tipo	Fonte pagadora	Valor dos proventos
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R		

Legenda: A - Aposentadoria; P - Pensão por Morte; R - Remuneração de militar inativo (reformado ou em reserva remunerada).

Estou ciente que, conforme o art. 165, § 2º, da Portaria nº 1467/2022, **aplicam-se os redutores previstos nos §§ 1º e 2º do art. 24 da EC nº 103/2019**, nos seguintes casos:

I - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de um RPPS com pensão por morte concedida por outro RPPS ou pelo RGPS ou com pensões decorrentes das atividades militares;

II - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de um RPPS com aposentadoria concedida no âmbito do RGPS ou de outro RPPS ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares; ou

III - pensões decorrentes das atividades militares com aposentadoria concedida no âmbito do RGPS ou de RPPS.

Estou ciente ainda que a declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, me sujeita às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do declarante ou de seu representante legal