



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Coordenadoria de Concessões e Registros (CCRE)
Núcleo de Pensão e Aposentadoria (NPA)

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

Eu, _____,
nome do beneficiário
na qualidade de _____, do(a) ex-servidor(a) _____
relação de parentesco com o(a) ex-servidor(a) _____ nome do(a) ex-servidor(a)
_____, CPF nº _____, para fins de
nome do(a) ex-servidor(a) _____ CPF do(a) ex-servidor(a) _____
concessão de pensão por morte, e de análise do limite estabelecido no art. 24 da Emenda
Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019, **DECLARO** que:

- () **NÃO** recebo aposentadoria ou pensão por morte por regime de previdência ou decorrente de atividades militares.
- () **RECEBO** _____ (aposentadoria/pensão por morte),
desde _____ (data de início da concessão do benefício),
concedida pelo órgão _____ (ex.:
Órgãos da União, dos Estados, do Distrito Federal, ou dos Municípios dos Poderes
Executivo, Legislativo e Judiciário, MPU, TCU, DPU, INSS, ou de que decorrem atividades
militares).

OPÇÃO PELO BENEFÍCIO A SER RECEBIDO INTEGRALMENTE

- () Opto por receber integralmente o benefício **A SER CONCEDIDO NESTE ÓRGÃO**.
- () Opto por receber integralmente o benefício que **RECEBO DE OUTRO VÍNCULO/ÓRGÃO**.
(Será aplicada a redução de que trata o art. 24, § 2º, da Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019, no benefício a ser concedido por este órgão).

DECLARO, ainda, estar **CIENTE** de que:

1. Devo apresentar contracheque ou demonstrativo de pagamento da aposentadoria ou pensão referente aos demais vínculos, em caso de acumulação de benefícios, nos termos do disposto no art. 7º, caput, inciso I, alínea "f", da Portaria SGP/SEDGG/ME n. 4.645, de 24 de maio de 2022;
2. Devo comunicar ao outro órgão a realização da opção pelo recebimento integral do benefício concedido neste órgão, para fins de aplicação da redução de que trata o art. 24, § 2º, da Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019;
3. Devo comunicar **IMEDIATAMENTE** à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal de Santa Maria, sob pena de ter de devolver os valores percebidos indevidamente, sem prejuízo da responsabilização civil e criminal, **toda e qualquer alteração nas informações acima prestadas**; e
4. Constitui **CRIME**, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração **FALSA** com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário/pensionista