



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA

Requerimento de Aposentadoria

Nome: _____
 Matrícula nº _____ Data de Admissão: ____/____/_____
 RG nº _____ Expedido em ____/____/_____ Órgão Emissor: _____
 CPF: _____
 Data de nascimento: ____/____/_____ Raça / Cor: () Branco () Pardo () Preto () Amarelo () Indígena
 PIS: _____ Estado civil: _____
 Cargo ocupado: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____
 E-mail: _____
 Telefone nº: (____) _____

Senhor Diretor Presidente,

Venho requerer o benefício a seguir nos termos da Lei Complementar nº 18 de 09/10/2001:

- () certidão para fins de concessão de abono de permanência
- () aposentadoria compulsória
- () aposentadoria especial
- () aposentadoria por invalidez
- () aposentadoria voluntária por implemento de idade
- () aposentadoria voluntária por tempo de contribuição
- () aposentadoria voluntária por tempo de contribuição (Professor)

Paulínia, SP ____ de ____ de ____.

 Assinatura do Servidor

Check list dos documentos apresentados: (preenchimento obrigatório pela recepção)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> () RG - Cópia – INDISPENSÁVEL - NO MÁXIMO 10 ANOS DE EXPEDIÇÃO () CPF - Cópia () Certidão de nascimento (se solteiro) - cópia () Casamento - cópia () Carteira de Trabalho - cópia das páginas da foto, qualificação civil, contratos de trabalhos e demais alterações () Cópia do PIS () Comprovante de endereço atualizado - cópia () Certidão (s) de tempo de contribuição do INSS – Original () Declaração de dependentes | <ul style="list-style-type: none"> () Certidão (s) de tempo de contribuição do ESTADO (de acordo com a portaria 154/2008 MPS) – Original () Certidão de tempo de contribuição emitida pela SMRH ou Departamento Pessoal da Câmara Municipal de Paulínia – Original de fl ____ a fls ____, contendo: termo de opção, ficha financeira, ficha funcional, holerite e relação dos salários de contribuição - Original () Laudos médicos - aposentadoria por invalidez () PPP () Cópia do RG e CPF dos dependentes. () Comprovante de recebimento de benefício em outro regime (se for o caso) |
|--|---|



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE
PREVIDÊNCIA

PORTARIA Nº 450/PRES/INSS, DE 3 DE ABRIL DE 2020 – ANEXO I

Eu, _____,
portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____, declaro, sob as penas
do art. 299 do Código Penal, que:

NÃO recebo aposentadoria e/ou pensão de **outro regime de previdência**.

RECEBO aposentadoria e/ou pensão de **outro regime de previdência**, conforme dados abaixo:

Obs.: Para o caso de possuir mais de um benefício deverá informar os detalhes de cada um.

Tipo do benefício: Pensão Aposentadoria

Ente de origem: Estadual Municipal Federal

Tipo de servidor: Civil Militar

Data de início do benefício no outro regime: ____/____/____.

Nome do órgão Instituidor da pensão/aposentadoria:

- Última remuneração bruta*: R\$ _____ - Mês/ano: ____/____
*última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono anual).

Declaro conhecer o disposto na Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, em especial no § 1º do art. 24, que prevê que a acumulação de pensão por morte com outro benefício fica sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso nas seguintes situações:

I - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro do RGPS com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares; e

II - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de qualquer regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, com aposentadoria concedida por qualquer regime de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares.

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

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA

DEPENDENTES:

<u>NOME DOS DEPENDENTES</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>NASCIMENTO</u>	<u>CPF</u>

Declaro que não possuo dependentes considerados como encargos de família

O abaixo-assinado declara que os dependentes acima mencionados, qualificados como encargos de família, não possuem rendimentos próprios, comprometendo-se a comunicar ao PAULIPREV qualquer ocorrência que importe na perda desta qualificação.

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA:
--------	-------	-------------