



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA**

**REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 RG.: \_\_\_\_\_ Expedido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
 CPF.: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Raça/Cor: ( ) Branco. ( ) Pardo. ( ) Preto. ( ) Amarelo. ( ) Indígena.  
 PIS.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Cargo Ocupado: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 CEP.: \_\_\_\_\_

**O endereço de e-mail e o número de telefone INFORMADOS ABAIXO devem, OBRIGATORIAMENTE, pertencer ao PRÓPRIO REQUERENTE, uma vez que serão utilizados como meios oficiais de comunicação.**

E-mail (Requerente): \_\_\_\_\_  
 Telefone (Requerente): ( ) \_\_\_\_\_

**O endereço de e-mail e o número de telefone INFORMADOS ABAIXO DEVEM SER PREENCHIDOS SOMENTE SE O REQUERIMENTO FOR EFETUADO POR UM PROCURADOR.**

E-mail (Procurador): \_\_\_\_\_  
 Telefone (Procurador): ( ) \_\_\_\_\_

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 Incapacidade Permanente.
- ( ) Aposentadoria voluntária por Implemento de Idade.
- ( ) Aposentadoria voluntária por Tempo de Contribuição.
- ( ) Aposentadoria voluntária por Tempo de Contribuição – Professor(a).
- ( ) Aposentadoria de Servidor com Deficiência (Lei Complementar nº 118 de 22/11/2024).

Paulínia, SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal

**Checklist dos documentos apresentados (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA RECEPCÃO):**

- ( ) RG (indispensável e com validade de, no máximo, 10 anos da data expedição) – Cópia.
- ( ) CPF – Cópia.
- ( ) Certidão de Nascimento (se solteiro) – Cópia.
- ( ) Certidão de Casamento – Cópia.
- ( ) Carteira de Trabalho (páginas da foto, qualificação civil, contratos de trabalho e demais alterações) – Cópia.
- ( ) PIS/PASEP – Cópia.
- ( ) Comprovante de endereço atualizado – Cópia.
- ( ) Comprovante de recebimento de benefício (aposentadoria/pensão) em outro regime, se for o caso – Cópia.
- ( ) Declaração de dependentes.
- ( ) RG e CPF dos dependentes – Cópia.
- ( ) Certidão(s) de Tempo de Contribuição do INSS – Original.
- ( ) Certidão(s) de Tempo de Contribuição do ESTADO (de acordo com a portaria 154/2008 MPS) ou outro RPPS – Original.
- ( ) Certidão de Tempo de Contribuição da PMP, emitida pela SMDGP da Prefeitura de Paulínia ou Departamento Pessoal da Câmara Municipal de Paulínia, de f. \_\_\_\_\_ a fls. \_\_\_\_\_, contendo: termo de opção, ficha financeira, ficha funcional, holerite e relação dos salários de contribuição – Original.
- ( ) Laudos, exames e relatórios médicos - Aposentadoria por Incapacidade Permanente/Aposentadoria de Servidor com Deficiência – Cópia.
- ( ) Perfil(s) Profissiográfico(s) Previdenciário(s) – PPP(s) – Original/Cópia.



**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 os dados abaixo:

**Obs.:** Caso possua mais de um benefício, deverão ser informados os detalhes de cada um.

**PREENCHER SOMENTE CASO RECEBA aposentadoria ou pensão de outro regime de previdência.**

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(s) do(s) Órgão(s) Instituidor(es) do(s) benefício(s) no(s) outro(s) regime(s):  
\_\_\_\_\_.

Última(s) remuneração(s) **bruta(s)\***: R\$ \_\_\_\_\_, Mês/ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_.

**\*Sem considerar os 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.

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.

Declaro estar ciente de que, caso venha a receber aposentadoria e/ou pensão proveniente de outro regime de previdência após a data de preenchimento deste requerimento, **devo comunicar imediatamente** o Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos do Município de Paulínia (PauliPrev), estando igualmente ciente de que o descumprimento dessa obrigação resultará na restituição dos valores recebidos indevidamente.

Paulínia, SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA**

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES**

**Declaro que POSSUO dependentes considerados como encargos de família:**

NOME DOS DEPENDENTES	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	NASCIMENTO	CPF

**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.

Paulínia, SP. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal