



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS

Rua João da Mata , 256 – Jaguaribe
João Pessoa – PB - CEP: 58015-020
Telefone: (83) 3612-9728

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Nome: _____

Estado Civil: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Identidade: _____ Órgão: _____ UF: _____ Data Exp.: ____/____/____

CPF: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Declaro, sob pena prevista no Art. 299, do Código Penal Brasileiro, que:

[] – **não percebo** benefícios decorrentes de pensão ou aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social – RGPS ou de Regime Próprio de Previdência Social – RPPS.

[] – **percebo** pensão paga pelo (anexar cópia contracheque):

Órgão/entidade: _____.

Matrícula: _____.

Base legal para concessão da pensão: _____.

[] – **percebo** aposentadoria paga pelo (anexar cópia contracheque):

Órgão/entidade: _____.

Matrícula: _____.

Base legal para concessão da aposentadoria: _____.

Declaro que, em função da percepção da pensão ou aposentadoria acima detalhada, opto por perceber, deste Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba:

[] – **Benefício integral** - Declaro que tenho ciência que devo, junto ao órgão pagador do benefício acima mencionado, requerer a alteração da forma de pagamento, com base no disposto no Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019;

[] – **Benefício parcial**, calculado nos moldes do Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, oportunidade a qual declaro que o benefício acima mencionado é mais vantajoso.

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas neste formulário e ainda assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, sob pena de incidência no art. 299 do Código Penal Brasileiro, combinado com o art. 121, Capítulo IV, da Lei nº 8.112, de 11/12/90.

_____, ____/____/____

CIDADE

DATA

Declarante