|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DECLARAÇÃO – ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS DE PENSÃO*** ***COM CARGOS/PROVENTOS DE APOSENTADORIA****Considerando o disposto no artigo no artigo 24 da Emenda Constitucional Federal nº 103 de 12 de novembro de 2019, publicada no Diário Oficial da União do dia 13 de novembro de 2019, eu, ...NOME DO INTERESSADO ...... portador(a) do* ***RG*** *nº ................................., emitido por ............................... e* ***CPF*** *nº ......................................................, neste ato em que pleiteio o pagamento do benefício de pensão junto a AMAZONPREV,* ***DECLARO*** *que:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***NÃO OCUPO*** *outro cargo, emprego ou função pública e* ***NEM RECEBE PROVENTOS*** *de* ***APOSENTADORIA*** *ou* ***PENSÃO no âmbito da esfera Federal, Estadual ou Municipal ou junto ao RGPS (INSS)l****;* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***OCUPO*** *outro cargo, emprego ou função pública na administração pública conforme os dados abaixo e* ***documentos anexo****:* |
| *1* | ***Órgão/Lotação:*** | ***Cargo:*** |
| ***Horário:*** | ***Matrícula:*** |
| *2* | ***Órgão/Lotação:*** | ***Cargo:*** |
| ***Horário:*** | ***Matrícula:*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***RECEBO PROVENTOS DE APOSENTADORIA*** *de outro órgão ou Regime de Previdência, conforme os dados abaixo e* ***documentos anexo:*** |
| *1* | ***Órgão:*** | ***Cargo:*** |
| ***Regime de Previdência[[1]](#footnote-1):*** | ***Matrícula:*** |
| *2* | ***Órgão:*** | ***Cargo:*** |
| ***Regime de Previdência:*** | ***Matrícula:*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***RECEBO PROVENTOS DE PENSÃO PREVIDENCIÁRIA*** *de outro Regime de Previdência, conforme os dados abaixo e* ***documentos anexo:*** |
| *1* | ***Órgão:*** | ***Cargo:*** |
| ***Regime de Previdência[[2]](#footnote-2):*** | ***Matrícula:*** |
| *2* | ***Órgão:*** | ***Cargo:*** |
| ***Regime de Previdência:*** | ***Matrícula:*** |

*Por ser verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.**Manaus, ......../...../2021.* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOME DO INTERESSADO......* |

OBS: Esta declaração compreende, inclusive, os cargos em que estiver em afastamento por Licença para Tratamento de Interesse Particular – LIP ou Licença para Acompanhar o Cônjuge.

1. Informar se é vinculado ao RPPS Federal, Estadual ou Municipal ou se é RGPS(INSS) [↑](#footnote-ref-1)
2. Informar se é vinculado ao RPPS Federal, Estadual ou Municipal ou se é RGPS(INSS) [↑](#footnote-ref-2)