

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Nome

Matrícula	CPF
------------------	------------

RG	Órgão Emissor
-----------	----------------------

Endereço Rua, Número, Complemento, Bairro, Cidade/UF, CEP (nesta ordem)
Telefone Fixo e Celular (informar o DDD)
EMAIL

DECLARO para fim de obtenção de APOSENTADORIA QUE:

1. Recebe pensão do IMPCG () Não () Sim
2. Recebe pensão do INSS () Não () Sim
3. Recebe pensão de outro órgão público () Não () Sim

.....

5. Estou ciente da possibilidade de redução do valor do presente benefício em caso de acumulação, nos termos do § 2º, do art. 24, da EC n. 103/2019.

6. Estou ciente de que devo informar o IMPCG, caso venha receber pensão do INSS ou de outro órgão público, no prazo de 60 (sessenta) dias da concessão, sob pena de responder pela omissão.

7. **DECLARO** ainda, sob responsabilidade civil e penal, que as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente que a falsidade desta Declaração implicará na pena prevista no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) além das sanções cíveis e administrativas cabíveis.

Campo Grande – MS, _____ **de** _____ **de** _____

Assinatura do Declarante (igual RG)