

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS PARA FINS DE CONCESSÃO DE PENSÃO POR MORTE

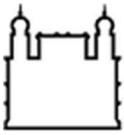
(Aplicação do disposto no Art. 24 da Emenda Constitucional Nº 103/2019)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A):

Nome:		
Nome social:		
Nome do ex-servidor:		
Matrícula SIAPE:	CPF:	
Cargo:		
Nível:	Classe:	Padrão:

2 - DECLARAÇÃO:

Declaro, para fins de prova junto à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, que:		
<input type="checkbox"/> Não recebo Aposentadoria e/ou Pensão por Morte decorrente do Regime Geral de Previdência Social ou de Regime Próprio de Previdência Social ou das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da CF/1988 .		
<input type="checkbox"/> Recebo Aposentadoria e/ou Pensão por Morte decorrente do Regime Geral de Previdência Social ou de Regime Próprio de Previdência Social ou das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da CF/1988 .		
O(A) servidor(a)/beneficiário(a) que receber pensão por morte deve listar abaixo todos os benefícios de PENSÃO POR MORTE e de APOSENTADORIA que recebe e OBRIGATORIAMENTE anexar contracheque de todos os benefícios recebidos, bem como documentação comprobatória que ateste a data de início do(s) benefício(s) e seu(s) fundamento(s) legal(is), tais como publicação em diário oficial, carta de concessão de benefício, declaração do órgão gestor do regime de previdência ou quaisquer outros documentos pertinentes.		
BENEFÍCIO: <input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Aposentadoria		
Órgão:		
Data de concessão do benefício:	Matrícula:	
Nome do instituidor (no caso de pensão):		



CPF do instituidor (no caso de pensão):	Grau de Parentesco (no caso de Pensão):
BENEFÍCIO: <input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Aposentadoria	
Órgão:	
Data de concessão do benefício:	Matrícula:
Nome do instituidor (no caso de pensão):	
CPF do instituidor (no caso de pensão):	Grau de Parentesco (no caso de Pensão):
BENEFÍCIO: <input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Aposentadoria	
Órgão:	
Data de concessão do benefício:	Matrícula:
Nome do instituidor (no caso de pensão):	
CPF do instituidor (no caso de pensão):	Grau de Parentesco (no caso de Pensão):

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima contidas são verdadeiras, que estou ciente da possibilidade de redução dos benefícios acumulados, nos termos do § 2.º do Art. 24 da Emenda Constitucional n.º 103/2019, e que devo informar esta unidade de gestão de pessoas, caso venha a receber qualquer benefício previdenciário não listado na presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário