



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS PARA FINS DE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA
(APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ART. 24 DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 103/2019)

1-IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR/PENSIONISTA:

Nome:	Matrícula SIAPE:
Cargo:	CPF:

2-DECLARAÇÃO:

Declaro, para fins de prova junto à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, que:

Não recebo 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](#).

Recebo 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 servidor 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 Pensão por morte 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 Pensão por morte 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(a) Servidor(a)