



Declaração de acumulação ou não de cargo e recebimento de Pensão por Morte, Aposentadoria, Transferência para Reserva Remunerada ou Reforma



A T E N Ç Ã O no preenchimento dos campos abaixo:

As informações do cargo/benefício objeto deste pedido não deverão constar nos campos abaixo, estes são próprios para informações de acúmulo de outro cargo/benefício.

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, **DECLARO**, perante o Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins, consoante o disposto na Constituição Federal, sob pena de responsabilidade civil, administrativa e penal, que:

() Não acumulo cargo, emprego ou função pública, neste Estado ou nos seus Municípios, na União, no Distrito Federal, em outro Estado da Federação ou seus Municípios, abrangendo a Administração Direta e Indireta.

() Acumulo _____ (quantidade) cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo:

Cargo	Carga-horária	Órgão	Data de ingresso

() **Não recebo benefício** oriundo de aposentadoria, transferência para Reserva Remunerada, Reforma e/ou Pensão por Morte deste Regime de Previdência ou outro Regime de Previdenciário.

() **Recebo benefício** oriundo de aposentadoria, transferência para Reserva Remunerada, Reforma e/ou Pensão por Morte conforme dados abaixo:

- Tipo do benefício: () Pensão Civil () Pensão Militar
() Aposentadoria () Reserva Remunerada ou () Reforma
- Ente de origem: () RGPS () Igeprev-TO () Estadual () Municipal () Federal

Nome do Órgão – Ente de origem	Vínculo/ Matrícula	Início do Benefício

Se requerente de Pensão por Morte responder:

() **Recebo benefício** assistencial, Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC -Loas)

() **Não recebo benefício** assistencial, Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC -Loas)

Estou ciente que declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Cidade/UF: _____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura conforme documento de identificação apresentado