

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIO (PENSÃO/APOSENTADORIA)

REQUERENTE:	CPF:	MATRÍCULA
-------------	------	-----------

Declaro, para fins de prova Junto ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Cariacica do Estado do Espírito Santo - IPC, que:

- ☐ Não recebo pensão por morte e aposentadoria decorrente de qualquer Regime de Previdência;
- ☐ Recebo ou apresentarei requerimento de pensão por morte e/ou aposentadoria (**anexar último comprovante de rendimento/contracheque — documento obrigatório**):

Benefício: ☐ Pensão por morte ☐ Aposentadoria

ÓRGÃO:
NOME DO FALECIDO:
GRAU DE PARENTESCO:

- ☐ Declaro a opção pelo recebimento na integralidade do Benefício de maior valor, apurado na forma do §2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Declaro que as informações acima contidas são verdadeiras, sob pena de responder administrativamente, civilmente e criminalmente, nos termos do Art. 297, §3º, II e Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Cariacica/ES, _____ de _____ de _____

(Assinatura do (a) interessado (a) / representante legal)

Código Penal Brasileiro:

Art. 297 — Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro:
§ 3º Nas mesmas penas incorre quem insere ou faz inserir: (**incluído do pela Lei nº 9.983, de 2000**);

II - Na Carteira de Trabalho e Previdência Social do empregado ou em documento que deva produzir efeito perante a Previdência Social, declaração falsa ou diversa da que deveria ter sido escrita: (**incluído do pela Lei nº 9.983, de 2000**),

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena — Reclusão, de uma a três anos, e multa, se o documento é público.