



REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

Ilma. Sra. Diretora Presidente do Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis.

Nome: _____

Matrícula: _____ Cargo Efetivo: _____

Raça: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município/UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Vem requerer a V.Sa. se digne a conceder-lhe:

- Aposentadoria Regra Permanente – Art. 4º da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra Permanente Especial Magistério – Art. 4º, § 1º da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra Permanente Especial Insalubre – Art. 5º da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra Permanente Especial Servidor com Deficiência – Art. 9º da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição – Art. 18 da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição Especial Magistério – Art. 18, § 4º da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição – Art. 18 c/c Art. 26 da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição Especial Magistério – Art. 18, § 4º c/c Art. 26 da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição – Art. 19 da LC 014/2021, com redação dada pela Lei Complementar 016/2022;
- Aposentadoria Regra de Transição Especial Magistério – Art. 19, § 2º da LC 014/2021 com redação dada pela LC 016/2022;
- Aposentadoria Regra de Transição – Art. 20 da Lei Complementar 014/2021;
- Aposentadoria Regra de Transição Especial Magistério– Art. 20, § único da Lei Complementar 014/2021;
- Outra: _____

TERMO DE COMPROMISSO

- Declaro** que as informações acima prestadas, são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas, bem como que estou ciente que deverei apresentar ao Instituto qualquer atualização dos meus dados cadastrais.
- Autorizo** a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Angra dos Reis, ____ de _____ de _____.

Assinatura



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU DE NÃO ACUMULAÇÃO

Eu, _____, **DECLARO**, em atendimento ao disposto no art. 32 da Lei Complementar 014 de 21 de dezembro de 2021, que:

- NÃO RECEBO** aposentadoria/pensão do Angraprev ou de outro regime de previdência, bem como não recebo proventos de outro cargo público.
 RECEBO aposentadoria/pensão do Angraprev ou de outro regime de previdência ou proventos de outro cargo público.
 AGUARDANDO RESPOSTA sobre pedido de outro benefício de aposentadoria/pensão do Angraprev ou de outro regime de previdência.

Caso receba ou esteja aguardando resposta sobre aposentadoria e/ou pensão, deverá declarar:

Tipo de Benefício: <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Cargo Público	Relação com Instituidor (Apenas Para Pensão): _____
Cargo (Apenas para Aposentadoria/Cargo Público): _____	Matrícula/Ano: _____ / _____
Órgão/Entidade: _____	Código*: _____
Tipo de Benefício: <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Cargo Público	Relação com Instituidor (Apenas Para Pensão): _____
Cargo (Apenas para Aposentadoria): _____	Matrícula/Ano: _____ / _____
Órgão/Entidade: _____	Código*: _____

*Código do Rendimento:

1	Cargo ou emprego público efetivo	4	Pensão do Regime Geral, Estatutária Civil ou Militar
2	Cargo em comissão ou função de confiança	5	Subsídio
3	Proventos de aposentadoria ou reforma	6	Outro - Especificar:

DECLARO, sob as penas da lei, estar ciente que:

- Deverei apresentar anexa a esta declaração cópia do contracheque atualizado quando a remuneração citada for proveniente de pensão por morte.**
- É obrigatório o fornecimento de novo contracheque sempre que sobrevier alteração das importâncias recebidas ou pagamento de valores atrasados ou referentes a exercícios anteriores, em casos de pensão por morte.
- A aposentadoria concedida pelo ANGRAPREV, quando acumulada com pensão por morte, observará as regras de cálculo dispostas no artigo 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, especialmente o § 2º, mantendo-se o valor integral do benefício mais vantajoso e a aplicação da redução de valor no(s) menos vantajoso(s), **podendo ser realizada alteração pelo ANGRAPREV, mediante provocação do beneficiário ou notificação de outros regimes com relação a acúmulos de benefícios, estando autorizado qualquer restituição de valores para acerto dos benefícios, inclusive valores retroativos ao início da acumulação dos benefícios.**

DECLARO, por fim, ser verdadeira a informação constante do presente documento, comprometendo-me a comunicar à Diretoria de Benefícios do Angraprev qualquer alteração ocorrida e apresentar documentos complementares solicitados por essa Unidade, bem assim que tenho conhecimento de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante", com pena de "reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, (...)".

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura