

## DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

NOME: \_\_\_\_\_  
CARGO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA SIAPE \_\_\_\_\_  
DECLARO, PARA FINS DE REQUERIMENTO DE \_\_\_\_\_ QUE:

1. Acumulo pensão: (    ) Não (    ) Sim, conforme anexo
2. Sou servidor(a) aposentado(a) em outro órgão público ou beneficiário do INSS (    ) Não (    ) Sim, conforme anexo
3. Estou ciente da possibilidade de redução do presente benefício em caso de acumulação, nos termos do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.
4. Estou ciente de que devo informar esta unidade de Recursos Humanos (DAP/UFG), caso venha receber qualquer benefício em outro órgão e/ou INSS, em até 60 dias após a concessão, sob pena de responder pela omissão. (Apresentar comprovante de concessão e financeiro do vínculo - publicação no DOU, Último contracheque).
5. A declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, está sujeita às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do declarante**

**ANEXO DA DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS**

**Tipo do vínculo**

(  ) Aposentadoria      (  ) Pensão

Órgão da Aposentadoria: \_\_\_\_\_

Órgão da Pensão: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** anexar comprovante de concessão e financeiro do vínculo (publicação no DOU, Último contracheque).

Local e data: \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do declarante**