**ANEXO X DA RESOLUÇÃO CONJUNTA SAD/AGEPREV nº 01/2022**

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | | |
| NOME SOCIAL | | |
| DATA DE NASCIMENTO | RG (Número / Órgão Emissor / UF Emissor) | CPF |
| Declaro, para fins de prova junto à AGEPREV-MS que:   |  | | --- | | ( ) **Não recebo** Pensão por Morte, tampouco Aposentadoria decorrente de Regime Geral de Previdência Social, junto ao INSS, ou de Regime Próprio de Previdência Social (Outros RPPS´s) ou das Atividades Militares de que tratam os Arts 42 e 142 da CF/1988. |   Ou   |  | | --- | | ( ) **Recebo aposentadoria** (Anexar último comprovante de rendimentos /contracheque):  Fonte Pagadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | ( ) **Recebo pensão por morte** (Anexar último comprovante de rendimentos /contracheque):  Fonte Pagadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Instituidor da Pensão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de Parentesco com o Instituidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | ( ) O(a) segurado(a) falecido(a) era aposentado(a) em outro regime de previdência (Anexar último comprovante de rendimentos/contracheque), porém ainda não recebo o benefício de Pensão por Morte.  Fonte Pagadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Declaro sob a pena prevista no art. 299 do Código Penal de 1940, que as informações acima contidas são verdadeiras.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_/2023.  **Cidade UF Data**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Interessado ou Representante Legal | | |