



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PENSÃO/APOSENTADORIA

**1. Dados do Requerente:**

Nome completo:	
CPF:	
Grau de parentesco:	( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Filho ( ) Outros:

**2. Dados do Ex-servidor:**

Nome Completo:	
CPF:	
Situação na data do óbito: ( ) Ativo ( ) Inativo	Data do óbito:

**3. Declaração:**

Declaro para fins de CONCESSÃO DA PENSÃO prevista nos artigos 215 e 217, bem assim do limite estabelecido no artigo 225, todos da Lei 8.112/90 e artigo 24 da Emenda Constitucional 103/2019, que:

**3.1- ( ) Não percebo qualquer provento de Pensão/Aposentadoria.**

**3.2 - ( ) Percebo o(s) seguinte(s) proventos de aposentadoria(s):**  
Órgão ou Entidade:  
Regime Previdenciário: ( ) Regime Geral de Previdência Social ( ) Regime Próprio de Previdência Social  
Esfera: ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Distrital

**3.3 - ( ) Percebo a(s) seguinte(s) pensão (ões):**  
Órgão ou Entidade:  
Regime Previdenciário: ( ) Regime Geral de Previdência Social ( ) Regime Próprio de Previdência Social  
Esfera: ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Distrital

**3.4 - ( ) O Instituidor de Pensão não possuía outro vínculo com Órgão Público.**

**3.5- ( ) O Instituidor de Pensão possuía outro vínculo com Órgão Público na esfera:**  
( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Distrital

**3.6- O Instituidor de Pensão possuía vínculo com o Regime Geral de Previdência Social ( ) Sim ( ) Não**

Estou ciente que ao adquirir qualquer outro tipo de Pensão e/ou aposentadoria, devo comunicar imediatamente a Universidade Federal de Ouro Preto.  
Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que, a penalidade aplicada no seu descumprimento, varia de 01(um) a 03 (três) anos de reclusão e multa.

**4. Termo de opção:**

Pelo presente, apresento opção pela percepção do valor integral do benefício \_\_\_\_\_  
e de uma parte de cada um dos demais benefícios, apurada cumulativamente de acordo com o art. 24 da E/C103/2019.  
Declaro que estou ciente que devo comunicar ao demais órgãos onde recebo benefício de pensão e/ou provento de pensão a opção feita junto a Universidade Federal de Ouro Preto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do declarante