

**REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL**

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes - Campo Grande

CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: [www.ageprev.ms.gov.br](http://www.ageprev.ms.gov.br/)

**REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE – v. 2.2**

Venho mui respeitosamente requerer a Aposentadoria por Incapacidade Permanente do (a) servidor (a)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

­­­­­­(­­­­­­Nome completo do servidor)

**Matrícula** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no **CPF** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por ter sido considerado incapaz permanentemente pela Perícia Médica Previdenciária.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS ATUALIZADOS PARA CONTATO** | | | | | | | | |
| **CEP** |  | | | **Nº Logradouro** | |  | | |
| **Logradouro** |  | | | | | | | |
| **Cidade** |  | | | | | | **UF** |  |
| **e-Mail** |  | | | | | | | |
| **Nº Telefone Celular com DDD** | |  | **Outro Telefone com DDD** | |  | | | |

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE UF DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA TITULAR DO RH

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATRÍCULA DO TITULAR

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | |
| **NOME SOCIAL** | | |
| DATA DE NASCIMENTO | RG (Número / Órgão Emissor / UF Emissor) | CPF |

**Art. 299 do CP/1940** - 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:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)

**Parágrafo único** - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

|  |
| --- |
| Declaro, para fins de prova junto à AGEPREV-MS que:  ( ) Não recebo pensão por morte e 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.  ( ) Recebo pensão por morte e/ou aposentadoria (Anexar último comprovante de rendimentos/contracheque):  Benefício recebido: ( ) Aposentadoria ou ( ) Pensão  Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Instituidor (no caso de Pensão): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de Parentesco (no caso de Pensão): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Declaro sob a pena prevista no art. 299 do Código Penal de 1940, que as informações acima contidas são verdadeiras.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  Cidade UF Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Interessado/Representante Legal** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO DO SEGURADO** | | | | | | |
| **Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário – AGEPEN/MS**  **DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, FUNÇÃO OU DE PROVENTOS DE APOSENTADORIA** | | | | | | |
| NOME DO SEGURADO | | | | | | |
| NOME SOCIAL | | | | | | |
| PRONTUÁRIO/MATRÍCULA | RG (Nº E EMISSOR) | | | | CPF | |
| CARGO OCUPADO  POLICIAL PENAL | | | | | | |
| QUADRO DE PESSOAL  PERMANENTE | | MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | | |
| CIDADE | | | ESTADO | | | CEP |
| EMAIL | | | | TELEFONE(S) | | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | |
| O Segurado, acima qualificado, declara que: | | | | | | |
| Permanecerá exercendo, em órgão/entidade integrante da estrutura: [ ] do Poder Executivo Federal; [ ] do Poder Legislativo Federal; [ ] do Poder Judiciário Federal; [ ] do Distrito Federal;  [ ] do Estado de ,  **1** [ ] [ ] do Município de ,  o cargo/função de ,  quadro de pessoal do , matrícula , em virtude do mesmo ser acumulável com o cargo em que está se aposentando. | | | | | | |
| Não ocupa cargo/função ou posto/graduação em órgão/entidade da Administração Pública da  **2** [ ] União, do Estado, de Município ou de outro Estado, tendo exercido somente o que está se aposentando. | | | | | | |
| Não percebe provento de aposentadoria, reforma ou reserva por ter ocupado cargo/função  **3** [ ] exercido em órgão/entidade da Administração Pública da União, do Estado, do Distrito Federal,  de Município ou de outro Estado, pago por Regime Próprio ou pelo Regime Geral de  Previdência Social. | | | | | | |
| Percebe provento de aposentadoria, reforma ou reserva por ter o cupado cargo/função em  **4** [ ] órgão/entidade da Administração Pública da União, do Estado, do Distrito Federal, de Município  ou de outro Estado, cujo exercício é constitucionalmente acumulável com o cargo/função que  estou sendo aposentado. | | | | | | |
| Por ser verdade, assinalei o item [**2, 3**] acima, e confirmo que estou ciente que a inexatidão, omissão, falsidade ou qualquer outro vício, na presente declaração, estarei sujeito aos procedimentos e cominações legais cabíveis à espécie.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO SERVIDOR | | | | | | |

**ATENÇÃO**: A declaração tem que ser feita e apresentada em original, assinada na data da sua emissão.