



**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PENSÃO/APOSENTADORIA**

Ao Pró-Reitor de Gestão de Pessoas  
A/C da Divisão de Legislação e Controle de Processos - DLCP

Favor preencher com LETRA DE FORMA!

**1. Dados do Requerente**

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

**2. Declaração**

Declaro, para fins de <b>CONCESSÃO DA PENSÃO</b> prevista nos artigos 215 e 217, bem assim do limite estabelecido no artigo 225, todos da Lei 8.112/90 e art. 24 da E/C 103/2019, que:
<b>2.1</b> ( ) NÃO percebo qualquer pensão ou provento de aposentadoria.
<b>2.2</b> ( ) Percebo a(s) seguinte(s) <b>pensão(ões)</b> :
<b>Regime Previdenciário:</b> ( ) Regime Geral de Previdência Social ( ) Regime Próprio de Previdência Social <b>Esfera:</b> ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Distrital <b>Órgão ou Entidade:</b>
<b>2.3</b> ( ) Percebo o(s) seguinte(s) proventos de <b>aposentadoria(s)</b> :
<b>Regime Previdenciário:</b> ( ) Regime Geral de Previdência Social ( ) Regime Próprio de Previdência Social <b>Esfera:</b> ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Distrital <b>Órgão ou Entidade:</b>
Estou ciente que ao adquirir qualquer outro tipo de pensão e/ou aposentadoria, devo comunicar imediatamente a Universidade Federal do Paraíba.
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.

**3. 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/C 103/2019. Declaro que estou ciente que devo comunicar ao demais órgãos onde recebo benefício de pensão e/ou provento de aposentadoria a opção feita junto a Universidade Federal da Paraíba.
--

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante