



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS

**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE APOSENTADORIA**

NOME: <b>EDELMA SILVA CRUZ</b>	
MATRÍCULA <b>413004599</b>	CARGO: <b>AGENTE ADMINISTRATIVO EDUCACIONAL</b>
ÓRGÃO: <b>SECRETARIA MUN. DA EDUCAÇÃO</b>	
LOTACÃO: <b>ESC. MUN. DE TEMPO INTEGRAL EURIDICE FERREIRA DE MELO</b>	

**FORMA DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL:**

CARGO EFETIVO  
 EMPREGO PÚBLICO  
 RECRUTAMENTO AMPLO (CARGO EM COMISSÃO OU FUNÇÃO PÚBLICA)

**DECLARAÇÃO**

NÃO RECEBO QUAISQUER BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DECORRENTES DE APOSENTADORIA EM CARGOS, EMPREGOS PÚBLICOS OU FUNÇÕES VINCULADOS A REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (RPPS).

RECEBO BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO RELATIVO À IDADE (APOSENTADORIA)

NA ESFERA:  FEDERAL  ESTADUAL  MUNICIPAL.

ESTOU CIENTE:

a) DO DISPOSTO NO §10, ART. 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL QUE VEDA A PERCEPÇÃO SIMULTÂNEA DE PROVENTOS DE APOSENTADORIA COM A REMUNERAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO, RESSALVADOS OS CARGOS ACUMULÁVEIS NA FORMA DA CONSTITUIÇÃO, OS CARGOS ELETIVOS E EM COMISSÃO.

b) DO DISPOSTO NO §6º, ART. 40 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, QUE VEDA A PERCEPÇÃO DE MAIS DE UMA APOSENTADORIA À CONTA DE QUAISQUER REGIMES PRÓPRIOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.

**DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, PELAS QUAIS ASSUMO PLENA E TOTAL RESPONSABILIDADE, SOB AS PENAS DA LEI.**

Palmas-TO

*Edelma Silva Cruz*

Assinatura do(a) Segurado(a)