

ANEXO I
PORTARIA Nº 450/PRES/INSS, DE 3 DE ABRIL DE 2020

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA

Eu, _____ (nome do requerente), portador do CPF nº _____ e RG nº _____, declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que:

() **não** recebo aposentadoria/pensão de outro regime de previdência.

() **recebo** aposentadoria/pensão de outro regime de previdência.

Caso receba aposentadoria ou pensão de outro regime de previdência, deverá declarar:

- Tipo do benefício: () Pensão* () Aposentadoria

* Caso opção seja Pensão, informar se a relação com o instituidor era como **cônjuge** ou **companheiro** (a) - S/N ()

- Ente de origem: () Estadual () Municipal () Federal - Tipo de servidor: () Civil () Militar

- Data de início do benefício no outro regime: ____/____/____.

- Nome do órgão da pensão/aposentadoria: _____

- Última remuneração bruta*: R\$ _____ - Mês/ano: ____/____

*última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono anual).

Na Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, art. 24, § 1º, a acumulação de pensão por morte com outro benefício, sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso, é admitida nas seguintes situações:

I - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro (a) do RGPS com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, exceto regime de previdência complementar; e

II - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro (a) de qualquer regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, com aposentadoria concedida por qualquer regime de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares, exceto regime de previdência complementar.

A declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e identificação do (a) requerente ou representante legal