



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



Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ e RG nº _____, residente e domiciliado (a) à _____, no município de _____, fone: _____, **DECLARO**, perante o Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins, consoante o disposto na Constituição Federal, sob pena de responsabilidade civil e administrativa, que:

() **Não recebo** aposentadoria e/ou pensão por morte de outro regime de previdência.

() **Recebo** aposentadoria e/ou pensão por morte de outro regime de previdência, conforme dados abaixo:

- Tipo do benefício: () Pensão () Aposentadoria
- Ente de origem: () RGPS () 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).

Estou ciente que 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.

Cidade/UF: _____, de _____ de 20____.

Assinatura