



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

Assunto: _____

Justificativa: _____

Nome: _____

Matrícula: _____ Cargo: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel.residencial:(____) _____ Tel.celular:(____) _____

E-mail: _____

Local de trabalho: _____ Tel/ramal: _____

Vem, mui respeitosamente, requerer a V.Exa. exame e decisão do órgão competente ao pedido mencionado.

Nestes termos, pede deferimento.

Jundiaí, ____ de _____ de ____

Assinatura do requerente

(____) Requer ainda o benefício da Lei 6.208/03 (prioridade na tramitação dos procedimentos administrativos em que figure como requerente pessoa com idade igual ou superior a 60 anos).
Anexo prova de idade em conformidade com o art.2º da referida lei.



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

DECLARAÇÃO ACERCA DA CUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS DE APOSENTADORIA

Nos termos do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, com início de vigência em 13 de novembro de 2019, DECLARO, sob as penas da lei que:

- () Recebo benefício de pensão por morte junto ao Regime Geral de Previdência Social
- () Recebo benefício de pensão por morte junto a Regime Próprio de Previdência Social
- () Não recebo nenhum benefício previdenciário nas condições anteriores

(em caso negativo ao questionamento anterior, não preencher nenhuma das opções abaixo)

Em caso **afirmativo**, declaro ainda, nos termos da lei, que **OPTO** pelo recebimento integral do benefício mais vantajoso que é a:

- () Pensão por morte junto a Regime Próprio de Previdência Social
- () Pensão por morte junto ao Regime Geral de Previdência Social
- () Aposentadoria junto a este Regime Próprio de Previdência Social
- () Não se aplica a opção, pois adquiriu os requisitos para aposentadoria antes da E.C 103/2019

Declaro por fim que, no caso da opção ao benefício integral recair sobre este Regime Próprio de Previdência Social (IPREJUN) que providenciarei junto ao outro Regime de Previdência a comunicação acerca do benefício ora concedido para que haja assim a proporcionalização do benefício concedido pelo mesmo.

Jundiaí, _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

INDICAÇÃO DA CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO DOS PROVENTOS

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, indico abaixo os dados
bancários para depósito dos meus proventos, estando ciente que qualquer futura
alteração deverá ser comunicada ao IPREJUN.

BANCO BRADESCO

Agência: _____

Conta Corrente () Poupança () _____

Data _____

Assinatura



**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA
PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA**

Eu _____,
portador(a) do CPF _____, residente _____,
_____, bairro _____,
cidade _____ estado _____, declaro, sob penas da lei, que
as informações abaixo aqui prestadas por mim são verdadeiras e de minha inteira
responsabilidade, não cabendo a V. Sa(s) (Fonte Pagadora) qualquer responsabilidade
perante a fiscalização.

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que
tenho como encargo(s) de família, a(s) pessoa(s) abaixo relacionadas:

Nº Dep.	NOME	CPF	Relação de Dependência	Data de Nascimento

Jundiaí, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ENVIO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

() Em conformidade com a Lei nº 13.709 de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), formalizo a minha livre manifestação, informada e inequívoca, pela qual **CONCORDO** com o envio e tratamento de meus dados abaixo relacionados, imprescindíveis para a execução de serviços específicos de consignação em folha de pagamento (**empréstimos, mensalidades de sindicato e associações, convênios médicos/odontológicos, etc.**), à empresa responsável pelo sistema de consignação, contratada pelo IPREJUN, Instituto de Previdência de Jundiaí.

Dados autorizados:

- Nome
- Número de CPF
- Data de nascimento
- Data de início do benefício (aposentadoria/pensão por morte)
- Valor da margem consignável
- E-mail: _____

(O endereço de e-mail informado deve, OBRIGATORIAMENTE, constar no cadastro do IPREJUN)

() **NÃO CONCORDO** com o envio e tratamento de meus dados.

Jundiaí, _____ de _____ de 20____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

DECLARAÇÃO SOBRE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS

Nos termos do artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal, que dispõe:

"É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado, em qualquer caso, o disposto no inciso XI:

a) a de dois cargos de professor;

b) a de um cargo de professor com outro de qualquer natureza;

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas",

declaro, sob as penas da Lei, para os devidos fins, que:

() **Não exerço cumulativamente cargos, empregos ou funções públicas.**

() **Exerço cumulativamente o cargo de _____,**

no órgão _____,

com carga horária de _____ horas semanais e matrícula nº _____,

em conformidade com os preceitos constitucionais supracitados.

Nome: _____

CPF: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____



**Instituto de Previdência
do Município de Jundiaí**

**TERMO DE CIÊNCIA SOBRE TRAMITAÇÃO E ANÁLISE DO PEDIDO DE
APOSENTADORIA**

Declaro, para os devidos fins, estar ciente de que a concessão da aposentadoria somente ocorrerá após a conclusão de todo o trâmite do processo administrativo, observada a análise jurídica, legislação vigente, vida funcional do servidor, e a análise pelos órgãos competentes.

Declaro, ainda, que tenho ciência de que o pedido de aposentadoria pode não ser concedido integralmente, podendo ser concedido em data diversa da solicitada ou, ainda, ser indeferido, caso não sejam atendidos todos os requisitos legais, e que o processo se finda definitivamente após ser cancelado pelo Tribunal de Contas por ocasião da homologação da aposentadoria.

Declaro, por fim, estar ciente que antes da concessão do benefício haverá contato do IPREJUN para informar os termos finais de concessão do benefício optando pelo canal abaixo para ser contatado.

Estou ciente ainda de que o processo se finda definitivamente após ser cancelado pelo Tribunal de Contas por ocasião da homologação da aposentadoria.

Whatsapp _____

E-mail _____

Por estar plenamente ciente das condições acima expostas, firmo a presente declaração.

Local e data: _____

CPF: _____

Nome do(a) declarante: _____

Assinatura: _____