

Dados do Segurado					
Nome (Completo, sem abreviações)					Matrícula
Órgão/Entidade de origem		Cargo/Função/Posto/Graduação		Ref./Nível	Unidade de Exercício
CPF	RG	NIT/PIS/PASEP	Data de Nascimento / /	Sexo () Masculino () Feminino	
Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)		Telefone Fixo	Telefone Celular	E-mail	
Endereço (Rua, avenida, Nº)					CEP
Complemento		Bairro		Cidade	UF

Ao Secretário/Presidente/Superintendente:

REQUER, com fundamento na legislação previdenciária estadual, a análise de sua situação funcional, no tocante ao cumprimento dos requisitos para requerer o benefício previdenciário de aposentadoria ou reserva remunerada ou reforma, assegurado pelo Sistema Único de Previdência Social Estadual – SUPSEC, inclusive quanto à atualização do seu cadastro funcional com os devidos registros e averbações de todas as ocorrências funcionais que repercutirão no valor de seus proventos.

DECLARA, sob as penas da lei, que, nesta data:

- () 1 - Não acumula cargo ou função pública
- () 2 - Acumula o cargo ou função de _____ (Indicar o cargo ou função) no _____ (Indicar o Ente federado, inclusive o Estado do Ceará, se for o caso) _____, com carga horária semanal de _____
- () 3 - Não percebe outro benefício previdenciário de regime próprio de previdência social (RPPS) **ou de regime geral de previdência social (RGPS), se decorrente de tempo de serviço público**, de qualquer ente federal, estadual ou municipal, inclusive do Estado do Ceará
- () 4 - Percebe () aposentadoria () reserva remunerada () reforma do(a) _____ (Indicar o ente instituidor) _____, decorrente do Cargo/Função/Posto/Graduação de _____ (Informar o cargo em que se deu a aposentadoria) junto ao _____ (Indicar o RPPS/órgão instituidor/RGPS)
- () 5 - Percebe pensão previdenciária do(a) _____ (Indicar o RPPS/órgão instituidor/RGPS), na condição de dependente de _____ (Indicar o nome do segurado instituidor da pensão)

Observações

Assinatura

Requerente	Data
------------	------