

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