



## DECLARAÇÃO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO

### DADOS DO(A) DECLARANTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo efetivo em que tomou posse: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Data da Posse: \_\_\_\_\_ Data do Exercício: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Eu, servidor(a) acima identificado(a), tendo em vista a edição da [Lei n.º 5.633, de 29 de setembro de 2021](#), que instituiu o Regime de Previdência Complementar para os Servidores Públicos do Estado do Amazonas, **DECLARO**, para todos os efeitos legais, o **ÚLTIMO** regime previdenciário ao qual estive submetido:

Regime Próprio de Previdência vinculado aos Estados/Municípios/Distrito Federal (RPPS);

\_\_\_\_\_  
*Descrever o fundo ao qual contribuiu - (ex.: Estado do Amazonas - AMAZONPREV - FPREV<sup>1</sup> e FFIN<sup>2</sup>)*

Regime Geral de Previdência Social (RGPS/INSS);

Outro Regime de Previdência Social: \_\_\_\_\_  
*(indicar)*

### DISPOSIÇÕES GERAIS:

**DECLARO** estar ciente do teor da [Lei Ordinária Estadual n.º 5.633, de 29 de setembro de 2021](#), que institui o Regime de Previdência Complementar do Servidor Público do Estado do Amazonas;

**DECLARO**, também, que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade por estas e;

**AUTORIZO** a utilização dos meus Dados Pessoais para os fins específicos deste documento, de acordo com a Lei n.º Geral de Proteção de Dados (LGPD).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

<sup>1</sup> Fundo Previdenciário de Aposentadorias e Pensões do Estado do Amazonas

<sup>2</sup> Fundo Financeiro de Aposentadorias e Pensões do Estado do Amazonas