

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIAServidor: SIAPE: Data de Nascimento: Nível/Padrão: Cargo: Sexo: M FData de Admissão: Data de Exercício: Unidade de Exercício / Lotação: Filiação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: E-mail: E-mail da Chefia Imediata: **Fundamentação Legal da Aposentadoria**

<input type="checkbox"/> EC/47	Artigo 3º, incisos I, II e III da Emenda Constitucional 47 de 2005, observado o dispositivo do parágrafo único da citada Emenda. (Idade mínima resultante da redução de um ano de idade para cada ano de contribuição que exceder a condição prevista no inciso I do caput deste artigo: Homem 35 / Mulher 30)
<input type="checkbox"/> EC/41, art. 6º	Artigo 6º, incisos I, II, III e IV da Emenda Constitucional 41 de 2003, observado o disposto no artigo 2º da Emenda Constitucional 47 de 2005. (Servidor tem completos tempo de contribuição e a idade)
<input type="checkbox"/> EC/41, art. 40, III, b	Artigo 40, § 1º, inciso III, alínea "b" da Constituição Federal de 1988, com redação dada pelo art. 1º da Emenda Constitucional 41 de 2003. (Servidor não tem completo o tempo de contribuição e vai aposentar pela idade: Homem 65 / Mulher 60)
<input type="checkbox"/> EC/41, art.40, III, a	Art. 40, § 1º, inciso III, alínea "a" da Constituição Federal de 1988, com redação dada pela Emenda Constitucional 41 de 2003. Proventos serão calculados com base no Art. 1º da Lei nº 10.887/04. (O cálculo de aposentadoria na média das contribuições)

Observação: Houve Tempo de Serviço Averbado e/ou Registrado: Sim Não

Neste termo, pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃOServidor: SIAPE: Cargo: Unidade de Exercício / Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF:

a) Declaro nos termos da Lei nº 3.164, de 01 de julho de 1957, que possuo os bens abaixo discriminados com seus respectivos valores:

Discriminação dos bens:**Valor R\$**

b) Exercício de cargo, emprego ou função pública (marque apenas uma das opções):

 Não acumulo cargo público, emprego público ou função pública. Sim, acumulo outro cargo, emprego ou função pública de:- Indicar cargo, emprego ou função: - Vinculado ao (órgão):

c) Aposentadoria (marque apenas uma das opções):

 Não recebo nenhuma aposentadoria. Sim, recebo outra aposentadoria relativa ao cargo de:- Indicar cargo, emprego ou função: - Vinculado ao (órgão):

d) Benefício de Pensão (marque apenas uma das opções):

 Não recebo nenhum benefício de Pensão. Sim, recebo benefício de pensão:- Vinculado ao (órgão):

e) Inquérito Administrativo (marque apenas uma das opções):

 Não respondo à inquerito administrativo. Sim, estou respondendo a inquerito administrativo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

TERMO DE OPÇÃO**Carreira da Saúde, Previdência e Trabalho**Servidor: SIAPE: Cargo: Unidade Pagadora: UF: RG: Órgão Expedidor: CPF: Servidor Ativo Aposentado Pensionista

Venho, observando o disposto na Lei nº 13.324 de 29 de julho de 2016, optar pela incorporação da gratificação de desempenho aos proventos de aposentadoria ou de pensão, nos termos dos arts. 88 a 92, renunciando:

a) se for o caso, à forma de cálculo de incorporação da gratificação de desempenho reconhecida por decisão administrativa ou judicial, inclusive transitada em julgado; e

b) ao direito de pleitear, na via administrativa ou judicial, quaisquer valores ou vantagens decorrentes da forma de cálculo da gratificação de desempenho incorporada aos proventos, exceto em caso de comprovado erro material.

Ocorrendo pagamento em duplicidade de valores referentes às gratificações de desempenho previstas nesta Lei, autorizo o ente público a reaver a importância paga a maior administrativamente, por meio de desconto direto nos proventos. Autorizo, ainda, a União, autarquia ou fundação pública federal, se for o caso, a apresentar este Termo perante o Poder Judiciário.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

TERMO DE OPÇÃO GACENServidor: SIAPE: Cargo: Unidade Pagadora: UF: RG: Órgão Expedidor: CPF: Servidor Ativo Aposentado Pensionista

Venho, observando o disposto na Lei nº 13.324 de 29 de julho de 2016, optar pela incorporação da **GACEN** aos proventos de aposentadoria ou de pensão, nos termos do Capítulo XXXVII da referida Lei, renunciando:

a) se for o caso, à forma de cálculo de incorporação da Gacem reconhecida por decisão administrativa ou judicial, inclusive transitada em julgado; e

b) ao direito de pleitear, na via administrativa ou judicial, quaisquer valores ou vantagens decorrentes da forma de cálculo da GACEN incorporada aos proventos, exceto em caso de comprovado erro material.

Ocorrendo pagamento em duplicidade de valores referentes às gratificações de desempenho previstas nesta Lei, autorizo o ente público a reaver a importância paga a maior administrativamente, por meio de desconto direto nos proventos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor