



Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará

**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE NÃO APOSENTADO(A)
POR INVALIDEZ OU COMPULSORIAMENTE**

Pelo presente documento, eu _____

portador(a) da cédula de identidade nº _____, órgão expedidor _____,

inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº _____,

residente e domiciliado(a) à _____,

complemento _____, no município de _____,

DECLARO para os devidos fins que não sou aposentado por invalidez ou compulsoriamente (nos termos do art. 195, caput, da Lei Estadual nº 9.826, de 14 de maio de 1974) junto a Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) ou ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), e que até a presente data não estou em gozo do benefício de auxílio-doença junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, ciente de que a prestação de informações falsas está sujeita às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor (a)