



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS

Fone: (17) 3322.8358

Av. Trinta e Três, 846 - Baroni • CEP 14780-192 • Barretos-SP

LEI MUNICIPAL Nº 3.705 DE 08-11-2004 - CNPJ 66.998.014/0001-54

Relação de documentos necessários para requerimento de Aposentadoria junto ao IPMB

Do requerente:

- Certidão de tempo de contribuição;
- RG e CPF;
- PIS/PASEP;
- Título de eleitor;
- Certidão de nascimento ou casamento;
- Certificado de reservista;
- Carteira de trabalho (CTPS);
- Último holerite;
- Comprovante de endereço atual;
- Declaração de dados bancários (anexo modelo pág.2);
- Comprovante com número da conta corrente ou conta salário do Santander,
- Declaração de acúmulo ou não de benefícios (anexo modelo pág.3) – Caso receba outro benefício trazer carta de concessão e extrato do último pagamento;
- Autorização de migração da consignação facultativa em Folha de Pagamento do IPMB (anexo modelo pág.4);

Se o requerimento for de aposentadoria especial:

- Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP;
- Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho – LTCAT.

Cônjuge / companheiro(a):

- RG e CPF;
- Título de eleitor;
- Carteira de trabalho (CTPS).

Filhos menores de 21 anos:

- Certidão de nascimento;
- RG e CPF;
- Título de eleitor.

Filhos inválidos:

- Certidão de nascimento;
- Atestado médico;
- RG e CPF;
- Título de eleitor.

Menores sob guarda:

- Certidão de nascimento;
- Termo de guarda;
- RG e CPF;
- Título de eleitor.

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Eu, _____ portador(a) do RG nº _____ e CPF _____, solicito ao Instituto de Previdência do Município de Barretos – IPMB que efetue o pagamento do benefício previdenciário, caso deferido, na forma de crédito em conta, através do Banco Santander, agência e conta abaixo indicadas:

Nº AGÊNCIA: _____

Nº CONTA: _____ **DIGITO:** _____

(NÃO DEVE SER INFORMADO CONTA POUPANÇA E BENEFÍCIO)

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade. Sendo assim, autorizo que os pagamentos subsequentes sejam efetuados na conta por mim informada.

(Assinatura do favorecido)

_____, _____ de _____ de 20____.

(Local e data)

Importante:

- Não será efetuado crédito em conta de terceiros, conta poupança e benefício.
- É obrigatório a apresentação do documento comprobatório para confirmação da agência e da conta corrente/DV.
- O não acatamento de conta poupança e benefício é para evitar devoluções do crédito.

ANEXO I

PORTARIA Nº 450/PRES/INSS, DE 3 DE ABRIL DE 2020

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA

Eu, _____ (nome do(a) requerente),
portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____, declaro, sob as penas do art.
299 do Código Penal, que:

() NÃO recebo aposentadoria e/ou pensão de outro regime de previdência

() RECEBO aposentadoria e/ou pensão de outro regime de previdência, conforme dados abaixo:

Obs.: Para o caso de possuir mais de um benefício deverá informar os detalhes de cada um.

- Tipo do benefício: () Pensão () Aposentadoria

- Ente de origem: () Estadual () Municipal () Federal - Tipo de servidor: () Civil () Militar

- Data de início do benefício no outro regime: ____/____/____.

- Nome do órgão da pensão/aposentadoria: _____

- Última remuneração bruta*: R\$ _____ - Mês/ano: ____/____

*última remuneração bruta sem considerar valores de 13º salário (abono anual).

Declaro conhecer o disposto na Emenda Constitucional nº 103 de 12 de novembro de 2019, em especial no § 1º do art. 24, que prevê que a acumulação de pensão por morte com outro benefício fica sujeita à redução do valor daquele menos vantajoso nas seguintes situações:

I - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro do RGPS com pensão por morte concedida por outro regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares; e

II - pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro de qualquer regime de previdência social, inclusive as decorrentes das atividades militares, com aposentadoria concedida por qualquer regime de previdência social ou com proventos de inatividade decorrentes das atividades militares.

Estou ciente que declaração falsa ou diversa de fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal

**AUTORIZAÇÃO DE MIGRAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO FACULTATIVA
EM FOLHA DE PAGAMENTO DO IPMB**

Eu _____,
CPF: _____, Matrícula: _____, na
qualidade de **Segurado(a) do IPMB**, **AUTORIZO** a migração do(s) desconto(s)
de consignação facultativa, referente ao **contracheque**¹ do último pagamento
do órgão de origem, com a exceção dos empréstimos consignados, descrito no
art. 20 do Decreto N.º 11.792, de 01 de setembro de 2023.

Preencha abaixo qual descontos será autorizado:

Consignação autorizada		Valor mensal
	Assoc. Sindicato dos Servidores Públicos Municipais	
	Plano de saúde – Unimed	
	Associação da Aspum	
	Seguro de vida - Zurich Minas	
	Seguro de vida - Capemisa	
	Seguro de vida - Mongeral	
	Afsaae – Associação dos Funcionários do SAAE.	
	Plano de saúde – Austa Clínicas	

Declaro estar ciente e de acordo que os descontos serão limitados conforme a
disponibilidade da **margem consignável**² calculada com base na
remuneração de aposentadoria³ e será deduzido diretamente e
obrigatoriamente de meus proventos mensais, a partir da data de minha
aposentadoria.

Barretos _____, de _____, de _____.

Aposentado(a)

¹ Conforme Inciso I do Art. 10º da Portaria IPMB nº 336/2025 de 22 de setembro de 2025.

² Previsto no § 2º e § 3º do art. 2º do Decreto Nº 11.792 de 01 de setembro de 2023.

³ Disciplinada pelo inciso I do art. 10º da Portaria IPMB Nº 336/2025 de 22 de setembro de 2025.