



À Coordenação de Concessões e Registros,

### 1. Fundamento para Aposentadoria:

Aposentadoria por invalidez - índice de reajustes RGPS, exceto para o servidor que tenha ingressado no serviço público até 31/12/2003, em que se calculará com base na remuneração do respectivo servidor no cargo efetivo em que se deu aposentadoria.

**OBS.:** Proventos serão proporcionais ao tempo de contribuição, exceto nos casos de invalidez decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, na forma do § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990, em que serão integrais;

Anexar laudo médico.

**OBS.:** A emissão do Laudo Médico deverá ser até data de entrada em vigor da E.C. 103/2019 (13/11/2019).

Aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, no cargo em que estiver investido, quando insuscetível de readaptação, hipótese em que será obrigatória a realização de avaliações periódicas para verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria, na forma de lei.

Anexar laudo médico.

**OBS:** O valor do benefício de aposentadoria corresponderá a 60% (sessenta por cento) da média aritmética com acréscimo de 2 (dois) pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 20 (vinte) anos de contribuição.

**OBS:** No caso de aposentadoria por incapacidade permanente, quando decorrer de acidente de trabalho, de doença profissional e de doença do trabalho, o valor do benefício de aposentadoria corresponderá a 100% (cem por cento) da média aritmética.

### 2. Dados do servidor requerente:

Nome completo:*	
Nome Social:	
E-mail:*	
Data de Nascimento:*	Telefone:*
CPF:*	RG:*
Siape:*	
Endereço:*	CEP:*

\*Preenchimento Obrigatório



**3. Declaro para fins de concessão de aposentadoria, que em relação a:**

**Acumulação de cargo, emprego ou função pública:**

Não acumulo cargo público, emprego público ou função pública.

Sim, acumulo outro cargo, emprego ou função pública de: \_\_\_\_\_

Indicar cargo, emprego ou função: \_\_\_\_\_

Vínculo ao (órgão): \_\_\_\_\_

**Acumulação de aposentadoria:**

Não percebo nenhuma aposentadoria.

Sim, percebo outra aposentadoria relativa ao cargo de: \_\_\_\_\_

Indicar cargo, emprego ou função: \_\_\_\_\_

Vínculo ao (órgão): \_\_\_\_\_

**Débito com Erário:**

Não sou devedor perante a Fazenda Nacional

**Veracidade das Informações:**

Declaro para os devidos fins que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e autênticas.

**Data provável para aposentadoria:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Rio Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE  
APOSENTADORIA POR  
INVALIDEZ OU  
INCAPACIDADE

**4. Documentos que devem ser anexados nesta solicitação de aposentadoria.**

Carteira de identidade ou certidão de nascimento ou casamento ou outro documento que identifique o servidor e comprove sua idade (cópia);

Declaração de bens (com valores) e rendas ou declaração do IRPF (completa, atualizada e assinada);

CPF, caso não conste no documento de identidade (cópia);

Certidão expedida pelo INSS, estado ou município, caso haja tempo de serviço fora da Universidade;

Certificado de reservista, caso tenha tempo de Serviço Militar Obrigatório averbado (cópia);

Declaração de ciência de chefia.