

**REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL - MSPREV**

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes – Campo Grande

CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: [www.ageprev.ms.gov.br](http://www.ageprev.ms.gov.br)**REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA ESPECIAL – v. 1.3****ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO DO SEGURADO****IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO**

NOME COMPLETO			PRONTUÁRIO/MATRÍCULA
NOME SOCIAL			
NIT/PIS/PASEP	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO / /	CPF
NOME DA MÃE			RG (Nº E EMISSOR)
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	CIDADE	CEP	
EMAIL			TELEFONE
CARGO			NÍVEL/CLASSE/REFERÊNCIA
FUNÇÃO			QUADRO DE PESSOAL
UNIDADE DE EXERCÍCIO		MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO	

**REQUERIMENTO**

O Segurado acima qualificado, por cumprir todos os requisitos e condições para aposentadoria voluntária, em razão de condição diferenciada de exercício de suas atividades, requer sua concessão em caráter especial, tendo em vista as disposições da Lei nº 3.150, de 22 de dezembro de 2005, e com fundamento no:

Art. 40, §4º, inciso I, da Constituição, c.c. disposições da Lei Complementar Federal nº 142, de 08.05.2013.

Art. 40, §4º, inciso II, da Constituição, c.c. disposições da Lei Complementar Federal nº 144, de 15.06.2014.

Art. 40, §4º, inciso III, da Constituição, conforme Súmula Vinculante do STF nº 33, de 09.04.2014.

SEGURADO  _____, ____/____/____	RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS  _____, ____/____/____
ASSINATURA DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO

**DOCUMENTOS** (assinale  aqueles que estão sendo recebidos)

**ORIGINAL:**  Declaração de exercício das atividades em condições especiais;  Declaração de não acumulação de cargo, função ou provento de aposentadoria no âmbito da Administração Pública; **CÓPIA:**  do RG;  do CPF;  certidão de nascimento;  certidão de casamento ou comprovante de união estável;  comprovante de residência;  último holerite.

**ATENÇÃO:** Só serão aceitas cópias autenticadas em cartório ou por veracidade atestadas por servidor público ou do órgão/entidade de lotação, identificado por carimbo contendo a expressão 'confere com o original' e nome completo, cargo e matrícula do agente que atestar.