



ESTADO DO ACRE  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE - ACREPREVIDÊNCIA

### DECLARAÇÃO DE AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, declaro que o tempo de serviço para fins de APOSENTADORIA no Estado do Acre, não foi averbado/utilizado em outro Regime de Previdência, tampouco gerou efeitos financeiros em qualquer momento da vida funcional, tais como anuênios, quinquênios, sexta parte, enquadramento em plano de cargos, carreiras, remunerações e promoções e outras vantagens similares do(s) período(s) abaixo relacionado(s):

EMPRESA/ORGÃO	INÍCIO	TÉRMINO

**DECLARO** que possuo apenas o tempo de serviço estatutário para fins de aposentadoria com data de posse a partir de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**DECLARO**, ainda, estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal, Art. 299 - "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular". A omissão ou falsidade de informações pertinentes ao Processo de inclusão/renovação implica no cancelamento do benefício, sem prejuízo das demais medidas judiciais cabíveis. Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_ - AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_