



Declaração de Ciência de Débito

NOME: _____ CPF: _____._____._____-____

EX-SERVIDOR: _____ MAT. SIAPE: _____

Declaro estar ciente de que, em caso de débitos ao erário referentes ao(a) instituidor(a), o pagamento deverá ser feito mediante Guia de Recolhimento da União (GRU), no prazo máximo de trinta dias, ou podendo ser pago mediante desconto direto em folha de pagamento, com parcelas limitadas a 10% do valor do benefício, conforme Lei nº. 8.112/90, art. 46, e Orientação Normativa nº 5/2013 - Segep/MPOG, art. 8º.

Neste ato, opto por:

(☐) Autorizo pagamento integral mediante GRU

(☐) Autorizo o pagamento parcelado em folha de pagamento

(☐) Não autorizo (será incluído em dívida ativa e encaminhado para cobrança via judicial)

Local e data: _____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do beneficiário/pensionista

(*) Anexar comprovante/contracheque dos valores recebidos, caso receba benefício de aposentadoria ou pensão em algum órgão previdenciário (RPPS da União - órgão dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário da União, MPU, TCU e DPU -, RGPS, ou qualquer outro Regime Próprio de Previdência).