

DECLARAÇÃO
(ANEXO VI)

Eu, _____, portador do CPF nº _____, declaro que tenho ciência que conforme determina a Lei, os servidores públicos aposentados por incapacidade permanente estão obrigados a submeterem-se a cada dois anos a revisão de sua aposentadoria, sob pena de suspensão do pagamento do benefício, como preconiza o art. 27 da Lei Municipal nº. 1.262:

“Art. 27. Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, o benefício cessará de imediato para o participante que tiver direito a retornar à atividade que desempenhava ao se aposentar, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade laboral fornecido pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE SÃO JOSÉ DO CALÇADO – IPESC.”

Obs.: Os servidores Aposentados por Invalidez deverão ser submetidos à revisão, devendo por tanto agendar Junto ao IPESC a Perícia Médica atendimento para este fim.

O servidor deverá apresentar na Perícia o Laudo Médico e toda documentação exigida capaz de informar a condição atual das razões que ensejaram a sua Aposentadoria por incapacidade permanente.

São José do Calçado/ES, _____ de _____ de _____.

REQUERENTE