

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS,  
FUNÇÕES E PROVENTOS**

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		MATRÍCULA:	
CPF:	ÓRGÃO SIAPE: 26443	SIGLA DA UPAG EBSERH:	
CARGO/FUNÇÃO:		TELEFONE:	
DATA DE ADMISSÃO:	MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
UNIDADE DE LOTAÇÃO:			

**Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que:**

1. Ocupo cargo, emprego ou função pública :        (    ) Sim        (    ) Não			
Órgão:		Regime de Trabalho:	
Cargo, emprego ou função:			
Área de atuação do cargo:		Data de Ingresso:	
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:		
Órgão:		Regime de Trabalho:	
Cargo, emprego ou função:			
Área de atuação do cargo:		Data de Ingresso:	
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:		
1.1 Estou em gozo de licença ou suspensão contratual:    (    ) Sim    (    ) Não			
Órgão:			
Tipo:		Período:	
Cargo:		Carga horaria:	
1.2 Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, § 3º da CF/88: (    ) Sim    (    ) Não			
Órgão:			
Tipo:		Período:	
Cargo:		Carga horaria:	

<b>2. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado:</b> (    ) Sim    (    ) Não	
Tipo: (    ) Aposentadoria    (    ) Pensão    (    ) Reserva Remunerada    (    ) Militar Reformado	
Órgão:	Regime de Trabalho:
Cargo:	UF:
Escolaridade do Cargo:	Área de Atuação:
Fundamentação Legal:	
N.º Ato de Concessão:	Data da Vigência:
<b>Nos casos de Pensão:</b>	
Tipo:	Grau de Parentesco:
<i>Deverá anexar comprovante de dependência econômica na data do Óbito do Instituidor de Pensão</i>	
<b>3. Exerço atividade em empresa privada:</b> (    ) Sim    (    ) Não	
<b>a. Empresa:</b>	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
<b>b. Empresa:</b>	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
<b>4. Outras situações</b>	
<b>4.1 Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93?</b> (    ) Sim    (    ) Não	
Órgão:	
Cargo:	Período:
<b>4.2 Exerço atividade como Autônomo:</b> (    ) Sim    (    ) Não	
Local:	
Tipo da Atividade:	

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

**No caso de exercer outro cargo:**

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que trabalha com as seguintes informações:**
  - I - denominação do cargo/emprego/função que exerce;
  - II - jornada do cargo/emprego/função que exerce;
  - III - unidade da federação, município e endereço em que exerce o cargo/emprego/função;
  - IV - nível de escolaridade do cargo/emprego/função;
  - V - data de ingresso;
  - VI - área de atuação do cargo;
  - VII - escala de trabalho indicando os horários de entrada e saída.

**Caso receba aposentadoria :**

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que se deu a aposentadoria contendo:**
  - I - denominação do cargo em que se deu a aposentadoria;
  - II - ato e fundamento legal da aposentadoria;
  - III - jornada do cargo que exerceu;
  - IV - unidade da federação em que exerceu o cargo;
  - V - nível de escolaridade do cargo em que se deu a aposentadoria;
  - VI - área de atuação do cargo em que se deu a aposentadoria.

**Caso receba pensão civil ou militar:**

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa contendo:**
  - I - Tipo e o fundamento legal da pensão;
  - II - Grau de parentesco com o instituidor de pensão;
  - III - Data de início da concessão do benefício.

**ESTOU CIENTE DE QUE DECLARAÇÕES FALSAS PODERÃO SUJEITAR-ME ÀS PENAS DA LEI, NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO, CÍVIL E/OU CRIMINAL.**

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
AUTORIDADE/EMPREGADO