

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

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

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

<b>1. Ocupo cargo, emprego ou função pública :</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:
<b>1.1 Estou em gozo de licença ou suspensão contratual:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Órgão:	
Tipo:	Período:
Cargo:	Carga horaria:
<b>1.2 Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, § 3º da CF/88:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Órgão:	
Tipo:	Período:
Cargo:	Carga horaria:

<b>2. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tipo: <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Reserva Remunerada <input type="checkbox"/> 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>			
Type:	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> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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>			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Órgão:			
Cargo:	Período:		
<b>4.2 Exerço atividade como Autônomo:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Local:			
Tipo da Atividade:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

**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 à 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