|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE** **CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES, PROVENTOS E PENSÕES** |

Documentos necessários:

* Caso seja informado a existência de vinculo, deverá ser anexada declaração do órgão/instituição constando o cargo/ emprego/ função, data de admissão, carga horária diária e carga horária semanal.
* Caso seja informada a participação de gerência, deverá ser anexada cópia do contrato social e da última alteração.
* Resumo das atribuições do cargo/emprego/função fornecido pelo órgão de lotação do servidor.

|  |
| --- |
| I – DADOS DO EX-SERVIDOR (A) |

Situação na data do óbito [ ]  Ativo [ ]  Inativo

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Técnico-Administrativo em Educação Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico

Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Campus de Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Setor de Lot.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FG/CD – Portaria nº/ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| II- DADOS DO (A) BENEFICIÁRIO (A) |

Nome Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Social (Decreto nº 8.727/16): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricula Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| III - DECLARAÇÃO |

Declaro, junto ao IF SUDESTE MG, para fins de controle de acúmulo de cargo/proventos/ pensões, emprego ou função que:

1. Possuo outro cargo, emprego ou função em órgão público, nos termos do Art. 37, XVI e XVII, da CF/ 88

[ ]  Não

[ ]  Sim Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_\_hs/sem

 Cargo, emprego ou função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_

 Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_\_hs/sem

 Cargo, emprego ou função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_

1.1. Estou em gozo de licença sem ônus ou suspensão contratual

[ ]  Não

[ ]  Sim Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nº do ato ou Portaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, parágrafo 3º, da constituição Federal

[ ]  Não

[ ]  Sim Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado

[ ]  Não

[ ]  Sim Tipo: [ ]  Aposentadoria [ ]  Pensão [ ]  Reserva Remunerada [ ]  Militar Reformado

 Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nº do ato ou Portaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (anexar cópia)

3. Exerço atividade remunerada na iniciativa privada/ profissional liberal/ autônomo.

[ ]  Não

[ ]  Sim Instituição/ Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_\_hs/sem

 Cargo/ Atividade/ Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_

 Instituição/ Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_\_hs/sem

 Cargo/ Atividade/ Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_

4. Fui contratado com fundamento na Lei nº 8.745/93, nos últimos 24 (vinte e quatro) meses.

[ ]  Não

[ ]  Sim Órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nº do Contrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (anexar cópia contrato de prestação de serviços)

5. Exerço comércio

[ ]  Não

[ ] Sim [ ]  Na qualidade de acionista, cotista ou comandatário [ ]  Na qualidade de comerciante

6. Participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada

 [ ]  Sim [ ]  Não

|  |
| --- |
| IV – TERMO DE RESPONSABILIDADE – REMUNERAÇÃO EXTRA-SIAPE |

Responsabilizo-me, nos termos do inciso III, do artigo 116 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990   e de acordo com os incisos I a III do art. 1º da Portaria Normativa nº 2, de 08 de novembro de 2011, publicada no DOU, de 09 de   novembro de 2011, a fornecer comprovante(s) de rendimentos (contracheque) de todos os vínculos, nos casos e períodos, abaixo   relacionados:

- No Ato da Posse
- No Requerimento da Aposentadoria e Pensão
- Semestralmente, nos meses de abril e outubro;
- Sempre que houver alteração no valor da remuneração.

|  |
| --- |
| V – Termo de Ciência |

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, no caso de percepção simultânea de proventos de pensão civil decorrentes do art. 215 e 217 da Lei 8.112/90, e proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos art. 42 e 142, da Constituição Federal, com remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.

Declaro, ainda, ter ciência de que constitui crime a prestação de informação falsa, devendo comunicar imediatamente a Administração qualquer modificação nas situações descritas acima, sob pena de responsabilização.

Comprometo comunicar a essa CGP/ DGP - IF SUDESTE MG, qualquer alteração nesta situação.

Apresentei a documentação comprobatória de todos os itens com resposta afirmativa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Declarante

|  |
| --- |
| V – Parecer CGP/ DGP  |

[ ]  Não acumula cargos

[ ]  Acumula cargos licitamente

[ ]  Acumula cargos ilicitamente

Fundamentação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Local) (Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável