



GOVERNO DO ESTADO

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO
DE CARGOS / PROVENTOS

01 – NOME DO(A) DECLARANTE:

02 – MASP:

03 – OCUPANTE DO CARGO:

04 – SÍMBOLO/NÍVEL:

05 – GRAU:

06 – UNIDADE DE LOTAÇÃO:

07 – OBSERVAÇÕES: ATENÇÃO NO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ABAIXO: as informações do cargo em que o(a) servidor(a) está requerendo a aposentadoria, não constarão nos campos abaixo, estes são próprios para informações de acúmulo de **outro cargo** ou de **percepção de benefícios decorrentes de aposentadorias já concedidas**.

☐ **não exerço** nenhum **outro cargo**, emprego ou função pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação, nas esferas Federal, Estadual ou Municipal.

☐ **Acúmulo (exerço outro)** cargo de: _____

Símbolo/Nível: _____ Grau: _____

Na esfera: ☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal

Lotado no(a): _____

Com ingresso em: ____ / ____ / ____, percebendo a remuneração de R\$ _____

Valor por extenso: _____

☐ **Não recebo quaisquer benefícios relativos à aposentadoria** do Regime Geral de Previdência Social ou proventos decorrentes de aposentadoria de cargos ou empregos públicos.

☐ **Recebo proventos ou benefícios relativos à inatividade (aposentadoria)** no cargo de _____

_____ no valor de

R\$ _____ (_____

_____), na esfera

☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal ☐ INSS

ESTOU CIENTE:

a) do disposto no **art.3º da Emenda Constitucional Federal nº 19/98**, que alterou a redação do artigo 37, incisos XVI e XVII da CF/88, **que vedam a acumulação remunerada de cargos, empregos e funções públicas;**

b) do disposto no **art. 1º da Emenda Constitucional Federal nº 20/98**, que acrescentou ao art. 37 da CF/88 o parágrafo 10, **que veda a percepção simultânea de proventos de aposentadoria com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma da CF/88.**

As informações prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo plena e total responsabilidade, comprometendo-me a comunicar imediatamente à Diretoria de Recursos Humanos da minha Instituição, quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional, bem como autoriza-la a diligenciar quanto à veracidade das informações prestadas.

LOCAL

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)