



DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS – Anexo I – IN n° 02/2010 - PROGEP, em conformidade com Port. Normativa n° 02/2012 - MPOG

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)	
Nome:	
Cargo/Função na FURG:	Matrícula SIAPE:
Regime de Trabalho FURG: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> 40h-Dedicação Exclusiva	
Lotação:	Telefone:
Endereço:	
DECLARO, sob as penas da Lei, que de acordo com o que dispõe a Lei 8112/90 – RJU, Artigo 118, com redação dada pela Lei 9527/97, que: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, EXERÇO CARGO OU FUNÇÃO PÚBLICA (em autarquia, fundação pública, empresa pública, sociedade de economia mista da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Territórios e dos Municípios), abaixo discriminados:	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM NO QUADRO ACIMA, IDENTIFICAR ORGÃO(S) ABAIXO:	
Órgão:	Ingresso: / / .
Cargo/Função:	Matrícula:
Regime de Trabalho: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> 40h - Dedicação Exclusiva	
Unidade da Federação que exerce Cargo/Função: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal	
Nível de Escolaridade:	Área de atuação: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Magistério
DECLARO, que: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM percebo proventos de aposentadoria conforme segue:	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM NO QUADRO ACIMA, PREENCHER INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO:	
Órgão:	Ingresso: / /
Cargo que originou aposentadoria:	
Fundamento Legal da aposentadoria:	
Ato Legal da aposentadoria:	Vigência: / /
Jornada do cargo que exerceu: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> 40h - Dedicação Exclusiva	
Unidade da Federação que exerce Cargo/Função: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal	
Nível de Escolaridade:	Área de atuação: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Magistério
DECLARO, que: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM sou beneficiário de pensão civil .	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM NO QUADRO ACIMA, PREENCHER INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO:	
Tipo da pensão:	
Fundamento Legal da pensão:	
Grau de parentesco com o instituidor:	Vigência: / /
Dependência econômica comprovada na data do óbito:	
DECLARO, que: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM participo de gerência ou administração de empresa privada, personificada ou não; exerce comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário .	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM NO QUADRO ACIMA, PREENCHER INFORMAÇÃO SOLICITADAS ABAIXO:	
Nome da empresa:	
DECLARO, que: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM exerço outra atividade remunerada	
CASO TENHA RESPONDIDO SIM NO QUADRO ACIMA, PREENCHER INFORMAÇÃO SOLICITADAS ABAIXO:	
Identifique:	
Declaro ainda, ser do meu conhecimento que qualquer omissão nesta declaração constituirá presunção de má fé, sujeitando-me às sanções previstas em Lei.	
<i>Obs: em caso de acumulação de cargos, empregos públicos, pensões ou funções o declarante deverá fornecer o comprovante de rendimentos de todos os vínculos, semestralmente, nos meses de abril e outubro</i>	
Rio grande, / / .	
----- assinatura do declarante	