



## DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

\* OBS: assinar as duas vias (frente e verso)

**NOME:** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_ **MATRÍCULA SIAPE:** \_\_\_\_\_

**DECLARA PARA FINS DE** \_\_\_\_\_ **QUE:**

1. Acumula cargo público:  Não  Sim, conforme anexo
2. Acumula pensão:  Não  Sim, conforme anexo
3. É servidor(a) aposentado(a) em outro órgão público ou anexo beneficiário do INSS:  Não  Sim, conforme
4. Estou ciente da possibilidade de redução do presente benefício em caso de acumulação, nos termos do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.
5. Estou ciente de que devo informar esta unidade de Recursos Humanos, caso venha receber qualquer benefício em outro órgão e/ou INSS, no prazo de 60 dias da concessão, sob pena de responder pela omissão.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

## **ANEXO DA DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS**

(caso tenha algum benefício, especificar e assinar; se não receber nenhum outro benefício, deve deixar em branco, passar um risco e apenas assinar).

Tipo de Vínculo:     Cargo             Aposentadoria             Pensão

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

Órgão: \_\_\_\_\_

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

Órgão: \_\_\_\_\_

Órgão da Pensão: \_\_\_\_\_

**Obs.:** anexar comprovante (publicação no DOU, Boletim, etc).

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante