



## DECLARAÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO À DECLARAÇÃO POSITIVA DE VÍNCULOS

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

CPF: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

**DECLARO**, para fins de posse em cargo público que:

☐ Sou servidor, empregado ou funcionário público em atividade.

Recebo auxílio alimentação: ( ) Sim ( ) Não

Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_

Jornada semanal do cargo: \_\_\_\_\_

☐ Sou militar:

Recebo auxílio alimentação: ( ) Sim ( ) Não

( ) Ativo. Cargo: \_\_\_\_\_, jornada semanal do cargo: \_\_\_\_\_ horas

( ) Aposentado: \_\_\_\_\_, a partir de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Valor da Remuneração/proventos recebidos: R\$: \_\_\_\_\_

☐ Ocupo cargo ou emprego público submetido a regime de Dedicação Exclusiva:

Realizo jornada de trabalho semanal reduzida: ( ) Não. ( ) Sim.

Indique o amparo legal:

( ) MP nº 2.174-28, de 2001;

( ) Decreto nº 1.590, de 1995;

( ) CLT; ou ( ) Outros. Informe \_\_\_\_\_

Órgão/entidade/empresa pública onde mantenho o vínculo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unidade da Federação (UF) : \_\_\_\_\_



☐ Sou professor submetido ao Regime de Dedicação Exclusiva:

( ) Não.

( ) Sim.

☐ Sou filha maior, solteira, beneficiária de pensão instituída pela Lei nº 3.373, de 12 de março de 1958:

( ) Não.

( ) Sim. *Caso opte pela posse em cargo público efetivo, estou ciente de que haverá a perda automática da pensão, conforme disposto na Portaria SGP/SEDGG nº 4.645, de 24 de maio de 2022.*

☐ Sou aposentado:

Cargo ou emprego público no qual ocorreu a aposentadoria: \_\_\_\_\_

Data da aposentadoria: \_\_\_\_\_

O cargo ou emprego público que ensejou essa aposentadoria é acumulável, na atividade, com o cargo ou o emprego público no qual pretendo tomar posse ou ingressar?

( ) Sim ( ) Não

Não sendo acumuláveis, estou ciente que, ao preencher os requisitos para aposentadoria no segundo vínculo, terei que optar entre a manutenção da aposentadoria vigente; ou renunciar aos proventos da aposentadoria vigente e a efetivação da aposentadoria no segundo vínculo.

☐ Sou servidor ou empregado público e estou em usufruto de licença ou afastamento com ou sem a percepção de remuneração:

I - Meu vínculo com a Administração Pública é de: ( ) Servidor público ( ) Empregado público.

Cargo/Emprego: \_\_\_\_\_

II - Estou licenciado ou afastado com amparo no art. \_\_\_\_\_, inciso \_\_\_\_\_ da Lei nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Início da licença/afastamento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Término previsto para: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



**III -** Vou tomar posse ou ingressar no cargo, emprego ou função pública informado a seguir:

Cargo/Emprego público/Função pública: \_\_\_\_\_

Jornada semanal: \_\_\_\_\_

**IV -** Este cargo ou emprego público é acumulável com um dos vínculos declarados no inciso I, do qual estou licenciado ou afastado?

( ) Não.

( ) Sim.

☐ Sou beneficiário de pensão

Origem da pensão (cargo/emprego/outros): \_\_\_\_\_

Identificação do instituidor da pensão: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Regime previdenciário: \_\_\_\_\_

Data da instituição da pensão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Remuneração/proventos recebido mensalmente a título de pensão R\$: \_\_\_\_\_

Recebo auxílio alimentação: ( ) Sim ( ) Não

☐ Sou ocupante exclusivamente de cargo comissionado:

Cargo comissionado ocupado: \_\_\_\_\_

Órgão ou entidade: \_\_\_\_\_

Unidade da Federação: \_\_\_\_\_

Jornada de trabalho semanal: \_\_\_\_\_ horas (regime de dedicação integral).

Recebo auxílio alimentação: ( ) Sim ( ) Não.

\_\_\_\_\_  
Assinatura