|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  | **Cargo:**  |
| **Lotação:**  |
| **Cargo Comissionado:** **[ ]  CD** **[ ]  FG** | **Denominação:**  |
| **Matrícula SIAPE:**  |
| **Fone:**  |
| **E-mail:**  |
| **Regime de Trabalho (h/sem.):** **Data de Exercício:**  |

**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 beneficiário do INSS:[ ]  Não [ ]  Sim, conforme anexo

1. 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.

Local e data: **,** **/       /      .**

Assinatura do declarante

**ANEXO DA DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS**

Tipo de Vínculo: [ ]  Cargo [ ]  Aposentadoria [ ]  Pensão

Cargo:

Órgão:

Cargo:

Órgão:

Órgão da Pensão:

**Observação 1:** anexar comprovante (publicação no DOU, Boletim, etc.).

Local e data: **,       /       /      .**

Assinatura do declarante

**Observação 2:** formulário exclusivo para encaminhamento via SIGRH.