|  |  |
| --- | --- |
| **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.