

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E BENEFÍCIOS PARA FINS DE APOSENTADORIA**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do servidor:** | **Matrícula SIAPE:** |
| **Cargo efetivo:** |

DECLARO em cumprimento às disposições legais vigentes, que:

1. OCUPO OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO EM ÓRGÃO PÚBLICO

Marque com um X em uma das opções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | NÃO |
| ( ) | SIM**Anexar declaração da UFF e do outro órgão que contenha a data de admissão, cargo, jornada de trabalho e escala de trabalho, de modo a demonstrar a compatibilidade de horários entre os vínculos dos órgãos. As declarações devem ser emitidas no mesmo mês/ano.** |

1. RECEBO PROVENTOS DE APOSENTADORIA

Marque com um X em uma das opções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | NÃO |
| ( ) | SIM**Anexar cópia do Diário Oficial e último contracheque.** |

Discriminação dos proventos de aposentadoria

|  |
| --- |
| **Cargo:** |
| **Órgão:** |
| **Esfera:** | ( ) Federal | ( ) Estadual | ( ) Municipal | ( ) Distrital | ( ) Militar |
| **Regime de Previdência:** | ( ) RPPS | ( ) RGPS |

1. RECEBO PROVENTOS DE PENSÃO

Marque com um X em uma das opções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | NÃO |
| ( ) | SIM**Anexar cópia do Diário Oficial e último contracheque.** |

Discriminação dos proventos de aposentadoria

|  |
| --- |
| **Órgão:** |
| **Esfera:** | ( ) Federal | ( ) Estadual | ( ) Municipal | ( ) Distrital | ( ) Militar |
| **Regime de Previdência:** | ( ) RPPS | ( ) RGPS |

|  |
| --- |
| **Órgão:** |
| **Esfera:** | ( ) Federal | ( ) Estadual | ( ) Municipal | ( ) Distrital | ( ) Militar |
| **Regime de Previdência:** | ( ) RPPS | ( ) RGPS |

**TERMO DE OPÇÃO**

Pelo presente, apresento opção pela percepção do valor integral do benefício \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e de uma parte de cada um dos demais benefícios, apurada cumulativamente de acordo com o art. 24 da EC nº 103/2019.

Declaro que estou ciente que devo comunicar aos demais órgãos onde recebo benefício de pensão e/ou provento de aposentadoria a opção feita junto à Universidade Federal Fluminense.

1. PARTICIPO DE GERÊNCIA OU ADMINSTRAÇÃO DE SOCIEDADE PRIVADA, PERSONIFICADA OU NÃO PERSONIFICADA

Marque com um X em uma das opções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | NÃO |
| ( ) | SIM. **Na qualidade de acionista, cotista ou comandatário.** |
| ( ) | SIM. **Sem ser na qualidade de acionista, cotista ou comandatário.** |

1. EXERÇO COMÉRCIO

Marque com um X em uma das opções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) | NÃO |
| ( ) | SIM |

**DECLARO ESTAR CIENTE QUE:**

1. Ao adquirir qualquer outro tipo de pensão e/ou aposentadoria, devo comunicar imediatamente a Universidade Federal Fluminense e os demais órgãos onde recebo benefício de pensão e/ou proventos de aposentadoria.
2. Nos termos do art. 24, §2º da Emenda Constitucional nº 103/2019: *"Nas hipóteses das acumulações previstas no §1º,é assegurada a percepção do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte de cada um dos demais benefícios."*
3. Nos termos do art. 24, §3º da Emenda Constitucional nº 103/2019: *"A aplicação do disposto no §2º poderá ser revista a qualquer tempo, a pedido do interessado, em razão de alteração de algum dos benefícios."*
4. Constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que, a penalidade aplicada no seu descumprimento, varia de 01 (um) a 03(três) anos de reclusão e multa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor Interessado