

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | Não  |
| **( )** | Sim**Anexar cópia do Diário Oficial da União 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**

|  |
| --- |
| **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 ADMINISTRAÇÃO DE SOCIEDADE PRIVADA, PERSONIFICADA OU NÃO PERSONIFICADA**

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

1. **EXERÇO COMÉRCIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | 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 Requerente