|  |  |
| --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO |
| DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/PROVENTOS | |
| **Eu**, , MASP , ocupante do cargo de , Símbolo  , Nível , Grau , , lotado na SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA, **declaro:** | |
| **Atenção no preenchimento dos campos abaixo**:  **As informações do cargo em que o servidor está requerendo a aposentadoria não constarão nos campos abaixo, estes são próprios para informações de acúmulo de outro cargo ou de percepção de benefícios decorrentes de aposentadorias já concedidas.** | |
| **Não exerço** nenhum **outro cargo**, emprego ou função pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual ou Municipal.  **Acumulo (exerço outro)** cargo de       , Símb.      /Nível      , Grau      , na esfera  Federal,  Estadual ou  Municipal, lotado no (a) , com ingresso em  /  / , percebendo a remuneração de R$  , (valor por extenso)  . | |
| **Não recebo quaisquer benefícios relativos à aposentadoria** do Regime Geral de Previdência Social ou proventos decorrentes de aposentadoria de cargos ou empregos públicos.  **Recebo proventos ou benefícios relativos à inatividade (aposentadoria)** no cargo de      , no valor de R$ , (valor por extenso)  , na esfera  Federal,  Estadual,  Municipal ou  INSS | |
| **Estou ciente**:   1. do disposto no **art. 3º da Emenda Constitucional Federal nº 19/98,** que alterou a redação do artigo 37, incisos XVI e XVII da CF/88, **que vedam a acumulação remunerada de cargos, empregos e funções públicas**, 2. do disposto no **art. 1º da Emenda Constitucional Federal nº 20/98**, que acrescentou ao art. 37 da CF/88 o parágrafo 10, **que veda a percepção simultânea de proventos de aposentadoria com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma da CF/88**.   **As informações prestadas são verdadeiras; pelas quais assumo plena e total responsabilidade**, comprometendo-me a comunicar imediatamente à área de Recursos Humanos da minha instituição quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional, bem como autorizá-la a diligenciar quanto à veracidade das informações prestadas.   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | /  / |  | | Local | Data | Assinatura do Servidor | | |